



**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
OLAN ERGENLERDE DUYU PROFİLİNİN VE KİŞİLİK
ÖZELLİKLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

**Dr. GÖZDE ÖZDEN BİLİM
UZMANLIK TEZİ**

İSTANBUL 2019



**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
OLAN ERGENLERDE DUYU PROFİLİNİN VE KİŞİLİK
ÖZELLİKLERİNİN ARAŞTIRILMASI**

**Dr. GÖZDE ÖZDEN BİLİM
UZMANLIK TEZİ**

Danışman: Prof. Dr. AYŞE RODOPMAN ARMAN

İSTANBUL 2019

ÖNSÖZ

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden emekli olduktan sonra da bilgi ve tecrübelerini büyük bir özveriyle bizimle paylaşmaya devam eden, asistanlık sürecimde kendisinden çok şey öğrendiğim Prof. Dr. Yankı YAZGAN'a,

Çok yönlülüğü ile bizlere hem bilimsel hem de sosyal hayatta örnek olan, güler yüzü ve olumlu bakış açısıyla her zaman desteğini hissettiğimiz, tez danışmanım olduğu için kendimi ayrıca şanslı hissettiğim Prof. Dr. Ayşe RODOPMAN ARMAN'a,

Klinik deneyimlerini her zaman bizlerle paylaşan, birlikte hasta değerlendirmekten çok keyif aldığı, her türlü zorluğumuzda çözüm önerileriyle desteğini hep hissettiğim Prof. Dr. Neşe PERDAHLI FİŞ'e,

Akademik çalışmalarıyla bizlere yol gösteren, kıymetli tecrübelerini bizimle paylaşan Prof. Dr. Osman SABUNCUOĞLU'na,

Samimiyetiyle ve özverili çalışma şekliyle her zaman asistanlarına destek olan, mesleki anlamda kendisinden çok şey öğrendiğim Doç Dr. Ayşe Burcu AYZ'a

Çalışma hayatındaki titizliği ve disiplini ile bizlere örnek olan, mesleki tecrübelerini her daim bizlerle paylaşan Dr. Öğr. Üyesi A.Tuğba BAHADIR'a

Klinik bilgi ve deneyimlerini her zaman bizlerle paylaşan, yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Funda GÜMÜŞTAŞ'a, Doç. Dr. Veysi ÇERİ'ye, Uzm. Dr. Hatice ÜNVER'e, Uzm. Dr. Tuğçe POYRAZ FINDIK'a,

Hem mesleki hem de sosyal hayattaki paylaşımlarımızdan mutluluk duyduğum, asistanlık hayatımı keyifle hatırlamama vesile olan değerli arkadaşlarım Elvan Başak Usta Gündüz'e, Esra Bozdemir Üner'e, Günay Budagova'ya, Eray Fadiloğlu'na, Can Beşer'e, Esra Atasoy Subaşı'ya, Ali Safa Sayım'a ve diğer tüm asistan arkadaşlarıma,

Desteklerini her an hissettiğim, bugünlere gelmemdeki emekleri ödenmez olan kıymetli aileme,

Sevgisi ve desteğiyle her zaman yanımda olan sevgili eşim Serhad Bilim'e

Sevgi, saygı ve teşekkürlerimle...

Dr. Gözde ÖZDEN BİLİM

Haziran 2019

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanıları ergenlerin duyu profillerini ve kişilik özelliklerini aynı yaş grubundaki sağlıklı ergenlerle karşılaştırmak ve DEHB tanıları ergenlerde duyu profili ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde ilk kez DEHB tanısı alan ve DEHB tanısı olup en az son 1 haftadır ilaç tedavisi almayan 11-17 yaş arası 30 olgu ile 30 sağlıklı olgu çalışmamıza dahil edildi. Olgular Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) ve WISC-R dört alt testi ile değerlendirildi. Olgularda silik nörolojik bulguların saptanması amacıyla PANESS (Physical and Neurological Examination for Subtle Signs) kullanıldı. Katılımcılar araştırmacı tarafından oluşturulan sosyodemografik form, Adölesan/Yetişkin Duyu Profili (AYDP), DSM-5-Kişilik Envanteri-Kısa Form (PID-5-BF), Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI), Otizm Spektrum Tarama Ölçeği (OSTÖ) ile değerlendirildi.

Bulgular: DEHB grubunda AYDP sonuçlarına göre duyu işleme zorlukları kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde daha fazla bulundu. DEHB grubunda Düşük kayıt, Duyusal arayış, Duyusal hassasiyet ve Duyusal kaçınma ortalama puanları kontrol grubundan yüksek olmakla birlikte iki grup arasında anlamlı fark; Düşük kayıt ve Duyusal hassasiyet puanlarında görüldü. DEHB grubunda AYDP alt ölçek puanları ve CGI hastalık şiddeti puanı arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı. DEHB ve kontrol grubunda PID-5-BF puanlarına bakıldığında DEHB grubunun tüm alt alan puanları ve toplam puan ortalamaları kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulundu. DEHB grubunda AYDP alt ölçek puanlarıyla PID-5-BF toplam puan korelasyonlarına bakıldığında tüm alt ölçek puanlarının toplam kişilik puanıyla pozitif yönde korele olduğu saptandı. DEHB grubunun OSTÖ toplam puan ortalamaları kontrol grubundan anlamlı ölçüde yüksek saptandı. Ancak OSTÖ toplam puan ortalamaları ile AYDP puanları arasında anlamlı korelasyon bulunmadı.

PANESS'in ilgili maddelerinin değerlendirilmesi sonucunda; DEHB grubunda yürüyüş ve denge hata puanı ortalamaları kontrol grubundan anlamlı lde yüksek bulundu. Motor persistence (sebat) puan ortalaması DEHB grubunda kontrol grubundan yüksek bulursa da iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmadı. DEHB grubunda PID-5-BF toplam kişilik puanına etki eden faktörlerin basit lineer regresyon analizi yapıldı. AYDP alt ölçekler puanlarının her biri ile PID-5-BF toplam kişilik puanı arasında anlamlı ilişki bulundu.

Sonuç: DEHB tanılı ergenlerin, dile getiremedikleri ancak klinik tabloyu etkileyebilecek duysal işleme sorunları açısından ele alınması hastalığın bütüncül olarak anlaşılmasına yardımcı olacaktır. Duysal işleme sorunlarının saptanması, bu sorunların ergenin kişilik yapılanmasına etkisi bakımından da oldukça önem taşımaktadır. Bulunduğu ortama ilişkin veya kendi bedeninden gelen duysal uyaranların birey tarafından nasıl işlenip ele alındığı bir anlamda kişilik yapılanmasına da hizmet etmektedir.

Anahtar Szckler: DEHB, duysal işleme, kişilik, ergen, PID-5-BF

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to compare the sensory profiles and personality traits of adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) with healthy adolescents in the same age group and to investigate the relationship between sensory profile and personality traits in adolescents with ADHD.

Materials and methods: 30 children between ages 11-17 with ADHD who applied to the Marmara University Pendik Education and Research Hospital Child Psychiatry Outpatient Clinic and who have not received medication in the past or in the last 1 week due to ADHD and 30 healthy control children were included in the study. Participants were evaluated by Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version-Turkish Version and were implemented 4 subtests of WISC-R. PANESS (Physical and Neurological Examination for Subtle Signs) was used to detect soft neurological signs. The participants were evaluated with the sociodemographic form developed by the researcher, Adolescent/Adult Sensory Profile (AASP), DSM-5-Personality Inventory-Brief Form (PID-5-BF), Clinical Global Impression Scale (CGI) and Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ).

Results: Sensory processing difficulties were significantly higher in ADHD group than the control group. In the ADHD group, the mean scores of Low registration, Sensory seeking, Sensory sensitivity and Sensory avoidance were higher than the control group, but there was a significant difference between the two groups for Low registration and Sensory sensitivity scores. There was no significant correlation between AASP subscale scores and CGI disease severity score in ADHD group. When the PID-5-BF scores in ADHD and control groups were examined, all sub-domain scores and total scores of the ADHD group were significantly higher than the control group. In the ADHD group, AASP subscale scores correlated positively with the total personality score. The mean total ASSQ scores of the ADHD group were significantly higher than the control group. However, there was no significant correlation between the mean total ASSQ score and the AASP scores. As a result of the evaluation of the relevant items of PANESS; In the ADHD group, the mean gait

and balance error scores were significantly higher than the control group. Although the mean of motor persistence score was higher in the ADHD group than the control group, there was no significant difference between the two groups. In the ADHD group, simple linear regression analysis of the factors affecting PID-5-BF total personality score was performed. Significant correlation was found between each subscale scores of the AASP and PID-5-BF total personality score.

Conclusion: Addressing adolescents diagnosed with ADHD in terms of sensory processing problems that cannot be expressed but which may affect the clinical picture will help to understand the disease in a holistic way. Detection of sensory processing problems is also important in terms of the effect of these problems on adolescent personality structure. How the sensory stimuli related to the environment or from their own body are processed and handled by the individual also serves to structure the personality.

Key words: ADHD, sensory processing, personality, adolescent, PID-5-BF

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
TABLO LİSTESİ.....	x
1.1. Giriş.....	13
1.2. Temel Hipotezler ve Amaç.....	14
2. GENEL BİLGİLER	15
2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	15
2.1.1. Tanım	15
2.1.2. Tarihçe ve Tanı Ölçütleri	15
2.1.3. Epidemiyoloji.....	16
2.1.4. Etiyolojii.....	17
2.1.5. Klinik Görünüm ve Değerlendirme	19
2.1.6. DEHB’de Ayırıcı Tanı ve Eş Tanılar.....	20
2.1.7. Tedavi.....	21
2.2. Duyusal İşleme Bozuklukları	22
2.3. DEHB ve DİB	24
2.4. Kişilik	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Katılımcıların Seçimi	27
3.1.1. DEHB (Hasta) Grubu.....	27
3.1.2. Kontrol (Sağlıklı) Grubu.....	28
3.2. Araştırmanın Deseni.....	29
3.3. Yöntem	29
3.4. Veri Toplama ve Ölçüm Araçları	30
3.4.1. Sosyodemografik veri formu (Ek-4).....	30
3.4.2. Okul Çağı Çocukları için Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)	31
3.4.3. Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised, WISC-R).....	31

3.4.5. Conner's Aile Değerlendirme Ölçeği (CADÖ) (Ek-5)	32
3.4.6. DSM-IV DEHB Belirti Listesi (Ek-6)	32
3.4.7. Otizm Spektrum Tarama Ölçeği Türkçe Uyarlaması (OSTÖ) (Ek-7).....	32
3.4.8. Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (CÖDÖ) (Ek-8).....	32
3.4.9. Klinik Global İzlenim Ölçeği (Clinical Global Impression Scale, CGI) (Ek-9)	33
3.4.10. Adolesan/Yetişkin Duyu Profili (AYDP) (Ek-10).....	33
3.4.11. DSM-5-Kişilik Envanteri-Kısa Form-Çocuk (PID-5-BF) (Ek-11).....	34
3.5. Verilerin İstatiksel Analizi	35
4.1. Olguların ve Ebeveynlerin Genel Özellikleri	36
4.1.1. Olguların sosyodemografik özellikleri.....	36
4.1.2. Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri.....	38
4.1.3. Olguların doğum öyküsü.....	42
4.1.4. Olguların kronik tıbbi hastalık öyküsü.....	43
4.2. Ölçeklerden ve Yapılan Testlerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi	43
4.2.1. WISC-R testi puanları	43
4.2.2. DEHB grubunun CGI verileri	44
4.2.3. Conner's Aile Değerlendirme Ölçeği verilerinin değerlendirilmesi	44
4.2.4. DSM-IV DEHB Belirti Listesi-Aile verilerinin değerlendirilmesi.....	45
4.2.5. Adolesan/Yetişkin Duyu Profili verilerinin değerlendirilmesi	45
4.2.6. DSM-5-Kişilik Envanteri-Kısa Form verilerinin değerlendirilmesi	47
4.2.7. Otizm Spektrum Tarama Ölçeği verilerinin değerlendirilmesi.....	48
4.2.8. PANESS verilerinin değerlendirilmesi	48
4.3. Korelasyon Analizleri.....	50
4.3.1. DEHB grubunda AYDP alt ölçek puanlarıyla ilişkili değişkenlerin değerlendirilmesi.....	50
4.4. Regresyon Analizleri	52
5. TARTIŞMA	55
5.1. Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirme	55
5.2. Ölçeklerden ve Yapılan Testlerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi	57
Kısıtlılıklar.....	62
6. SONUÇLAR	63
8. EKLER	78

Ek-1. Araştırma Etik Kurul Onayı.....	78
Ek-2. İl Milli Eğitim Araştırma İzin Formu	79
Ek-3: Hasta Bilgilendirme ve Onay Formu.....	80
Ek-4. Sosyodemografik Bilgi formu	84
Ek-5. Conner’s Aile Değerlendirme Formu.....	86
Ek-6. DSM-IV Belirti Tarama Listesi	89
Ek-7. Otizm Spektrum Tarama Ölçeği.....	91
Ek-8 Conners Öğretmen Formu	92
Ek-9. Klinik Global İzlenim Ölçeği	95
Ek-10. Adolesan / Yetişkin Duyu Profili	96
Ek-11. DSM 5 Kişilik Envanteri-Kısa Form.....	100

KISALTMALAR

AYDP:	Adolesan / Yetişkin Duyu Profili
CADÖ:	Conners Aile Derecelendirme Ölçeği
CGI:	Klinik Global İzlenim Ölçeği
CÖDÖ:	Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği
ÇDŞG-ŞY:	Okul Çağı Çocukları için Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Uyarlaması
DEHB:	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DİB:	Duyusal İşleme Bozuklukları
DLPFK:	Dorsolateral Prefrontal Korteks
DMB:	Duyusal Modülasyon Bozukluğu
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EEG:	Elektroensefalografi
fMRI:	fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
ICD:	Uluslararası Hastalık Sınıflaması
İO:	İlkokul
OO:	Ortaokul
OSB:	Otizm Spektrum Bozuklukları
OSTÖ:	Otizm Spektrum Tarama Ölçeği
OY:	Okuryazar
PANESS:	Physical and Neurological Examination for Subtle Signs
PID-5-BF:	DSM-5 Kişilik Envanteri- Kısa Form
Üni:	Üniversite
WISC-R:	Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. DEHB ve kontrol grubunda yaş ortalaması	36
Tablo 2. DEHB ve kontrol grubunda cinsiyet dağılımı	36
Tablo 3. Olguların gelişim basamakları dağılımları (ay)	37
Tablo 4. Olguların anne sütü alım süreleri ve erken çocukluk bakım dağılımları	37
Tablo 5. Olgularda yuva eğitimi alma durumunun dağılımı	38
Tablo 6. DEHB grubunun klinik görünümlere göre dağılımı	38
Tablo 7. Ebeveynlerin yaş ortalamaları	39
Tablo 8. Ebeveynlerin eğitim düzeylerinin dağılımı	39
Tablo 9. Olguların anne-baba birliktelik durumları	40
Tablo 10. Olguların evinde yaşayan kişi sayısı	40
Tablo 11. Gruplarda kişi başına düşen aylık gelir dağılımları	40
Tablo 12. Olguların çekirdek ailelerinin psikiyatrik yakınma ve psikiyatriye başvuru durumları	41
Tablo 13. Gruplarda doğum zamanı, doğum şekli ve komplikasyon varlığı	42
Tablo 14. Gruplarda gebelik döneminde annelerin sigara kullanımı	42
Tablo 15. Gruplarda kronik tıbbi hastalık öyküsü	43
Tablo 16. WISC-R test puanları	44
Tablo 17. DEHB grubunun CGI verileri	44
Tablo 18. CADÖ verileri	44
Tablo 19. DSM-IV DEHB Belirti Listesi-Aile verileri	45
Tablo 20. Olguların AYDP verileri	46
Tablo 21. DEHB grubu klinik görünümlere göre AYDP verileri	46
Tablo 22. Duyu profili verilerinin duyuusal modalitelerde dağılımı	47
Tablo 23. PID-5-BF verileri	47
Tablo 24. DEHB görünüm tiplerine göre PID-5-BF verileri	48
Tablo 25. OSTÖ verileri	48
Tablo 26. Gruplarda Lateralizasyon değerlendirmesinin verileri	49
Tablo 27. PANESS verileri	49
Tablo 28. AYDP alt ölçek puanları ve CGI puanı ilişkisi	50
Tablo 29. AYDP alt ölçek puanları ile yaş arasındaki ilişki	51
Tablo 30. AYDP alt ölçek puanları ile PID-5-BF alt alan ve toplam puanları arasındaki ilişki	52
Tablo 31. DEHB grubunda PID-5-BF toplam puanının yordanan, AYDP-Düşük kayıt puanının yordayıcı değişken olarak ele alındığı basit doğrusal regresyon analizi sonuçları	52
Tablo 32. DEHB grubunda PID-5-BF toplam puanının yordanan, AYDP-Duyusal Arayış puanının yordayıcı değişken olarak ele alındığı basit doğrusal regresyon analizi sonuçları	53

Tablo 33. DEHB grubunda PID-5-BF toplam puanının yordanan, AYDP Duyusal hassasiyet puanının yordayıcı değişken olarak ele alındığı basit doğrusal regresyon analizi sonuçları	53
Tablo 34. DEHB grubunda PID-5-BF toplam puanının yordanan, AYDP-Duyusal kaçınma puanının yordayıcı değişken olarak ele alındığı basit doğrusal regresyon analizi sonuçları	54



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. DEHB grubunda CADÖ davranım sorunumu ile AYDP duyusal arayış korelasyonu 50



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk döneminin en yaygın ruhsal bozukluklarından biridir ve yaşam boyu olumsuz etkilerle önemli akademik, sosyal ve psikiyatrik sorunlara yol açmaktadır. DEHB’de temel belirtiler dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik olup bu belirtiler benzer yaş ve gelişim düzeyindeki bireylere kıyasla daha ağır seyretmekte ve süreklilik göstermektedir. Bir meta-analiz çalışmasında, tanı için başvuru bilgisi kaynağına bağlı olarak çocuk ve ergenlerde prevalansının % 5,9-% 7,1 aralığında olduğu bildirilmiştir (1).

Duyusal işleme, sinir sisteminin duysal girdiyi alma, düzenleme ve yorumlama şeklini ifade eder. Optimal duysal işleme, bireyin çevresel taleplere uygun şekilde yanıt vermesini ve günlük aktivitelere uygun katılımını sağlar (2). Duyusal işleme bozuklukları (DİB) olan bireylerde duysal uyaranlara aşırı duyarlılık, azalmış duyarlılık ve duysal arayış davranışı gibi yanıtlar görülebilmektedir (3). DİB’nin DEHB tanılı çocuklarda sağlıklı çocuklara kıyasla daha yaygın olduğu, bu bozukluklardan da duysal hassasiyet, duysal kaçınma (4, 5), ve duysal arayışın (6) daha fazla görüldüğünü bildiren çalışmalar bulunmaktadır.

Kişilik, bireyi başkasından ayıran doğuştan getirdiği ve sonradan edindiği özelliklerin bütünüdür (7). Literatürde kişilik özellikleri ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi araştıran çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Çocuk ve ergenlerde yüksek yenilik arayışı, düşük sebat etme, düşük işbirliği ve düşük kendini yönetme özellikleri ile DEHB arasında anlamlı ilişki gösterilmiştir (8-10). Yetişkin DEHB tanılı bireylerle yapılan çalışmalarda bu kişilerde artan nörotisizm, dışadönüklük, deneyime açıklık, yenilik arayışı, azalmış zarardan kaçınma ve vicdanlılık kişilik özellikleri gösterilmiştir (11-13).

1.2.Temel Hipotezler ve Amaç

Vaka kontrol çalışma deseniyle tasarlanan çalışmamızda aşağıda belirtilen hipotezlerin test edilmesi amaçlanmıştır.

DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde duyuşsal işleme sorunlarının olduğu görölmektedir. Bu çalışmada DEHB tanılı ergenlerde duyuş profilinin ve kişilik özelliklerinin sağlıklı ergenlerle karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca DEHB tanılı ergenlerde ele alınan duyuşsal işleme sorunlarının bu ergenlerin kişilik yapılanmasıyla ilişkisinin anlaşılmasına katkı sağlayacağı düşünölmüştür



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. Tanım

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), gelişimsel düzeye uygun olmayan, toplum, okul veya iş ile ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen dikkatsiz eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle karakterize bir hastalıktır (14).

2.1.2. Tarihçe ve Tanı Ölçütleri

19. yüzyılın ortalarına kadar, çocuklarda dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik sorunları, ahlaki çocuk kitaplarında Heinrich Hoffman tarafından belirtildi (15). 1902 yılında Frederick Still, saldırgan, agresif ve aşırı duygusal davranışların inhibitör kontrol başarısızlığına bağlandığı “ahlaki kontrol” bozukluklarını tanımlamıştır (16). Bunun aksine, nörolojik bir gelenek “hiperkinetik sendrom” ve “minimal beyin hasarı” sendromunu tanımladı, böylece hiperaktif davranış “beyin hasarlı çocuk” görünümünün bir parçası haline geldi (17). Zamanla çoğu olguda gerçek beyin hasarına dair kanıt bulmanın mümkün olmadığı fark edilmesiyle “minimal beyin disfonksiyonu” tanımı kullanılmaya başlandı (18).

1970’de “Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı-II” (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-II) sendromu, o dönemki baskın psikodinamik anlayışa dayanarak, ruhsal bozuklukların her zaman bazı stresörlere verilen reaksiyonlar olduğu “hiperkinetik reaksiyon” olarak tanımladı. “Hiperkinetik bozukluk” terimi halen mevcut Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması’nda (International Classification of Diseases, ICD-10) kullanılmaktadır. Çoğu ruhsal bozukluğun nedeninin strese verilen tepkiden daha karmaşık olduğunu kabul eden DSM-III’te “Dikkat eksikliği bozukluğu” hiperaktiviteli veya hiperaktivesiz olarak tanımlanmış olup temel belirtiler dikkatsizlik, dürtüsellik ve huzursuzluk olarak belirlenmiştir. DSM-III-R’de, hastalık “Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB)” olarak tanımlandı. Tanı DSM-IV’te de aynı isimle yer aldı, ancak belirti listesi bir miktar değişti. Dikkatsizlik ve

hiperaktivite/dürtüsellik olarak ayrılan iki grup belirti listesinin her birinde 9 belirti yer aldı. DEHB tanısı koyabilmek için bu iki gruptan en az birinde olmak üzere en az 6 belirti olması gerekmektedir. Yalnızca dikkatsizlik belirtilerinden 6 veya daha fazlasının bulunduğu, ancak hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin 5 veya daha az sayıda bulunduğu tanı dikkat eksikliğinin önde geldiği tip; hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinden 6 veya daha fazlasının olduğu, ancak dikkatsizlik belirtilerinin 5 veya daha az sayıda olduğunda hiperaktivite/dürtüsellik önde geldiği tip, iki belirti grubundan 6 ve daha fazla belirti olduğundaysa bileşik tip tanısından söz edilir. Ayrıca bu belirtilerin en az 6 aydır mevcut olması, 7 yaş öncesinde de var olması, birden çok ortamda görülmesi ve de işlevsellikte belirgin bozulmaya sebep olması gerekmektedir (19).

2013 yılında yayınlanan DSM-5 ile DEHB tanısı nörogelişimsel bozukluklar başlığı altına yerleştirilmiştir. Semptomların başlangıç yaşı ölçütü 12 yaş olarak değiştirilmiştir. Erişkin DEHB tanısı koymak için gereken semptom sayısı 6'dan 5'e düşürülmüştür. Bir diğer değişiklik otizm spektrum bozukluklarının dışlama ölçütü olmaktan çıkarılmasıdır. DEHB'de alt tip kavramı görünüm olarak değiştirilmiştir (20).

DEHB, ayrı bir sınıflama sistemi olan ICD-10'da "Hiperkinetik bozukluk" olarak isimlendirilmektedir. Bu sınıflama sistemine göre tanı için dikkatsizlik, hiperaktivite, dürtüsellik belirti gruplarının hepsinden yeterli sayıda belirti bulunması gerekliliğiyle DSM-IV ve DSM-5'ten farklılık göstermektedir (21).

2.1.3. Epidemiyoloji

DEHB'nin epidemiyolojisiyle ilgili çok sayıda çalışma yapılmıştır. DEHB'nin prevalans tahminleri, kullanılan ölçütlere bağlı olarak değişmektedir. 2007 yılında 18 yaş ve altındaki çocuk ve ergenleri kapsayan bir metaanaliz çalışmasında DEHB'nin dünyadaki prevalansı %5.29 olarak saptanmıştır (22). Bir çalışmada yetişkinlerde DEHB prevalansının % 2,9 olduğu bildirilmiştir (23).

Toplum tabanlı çalışmalarda erkek:kız oranı yaklaşık 2: 1'dir, klinik örneklemler çalışmalarda ise bu oran 3 ila 5: 1 ve hatta 9: 1'e kadar çıkabilmektedir. Kızlarda daha çok dikkat problemleri ve depresyon ve anksiyete gibi internalizan problemler

görülürken, erkeklerde daha çok yıkıcı davranışlar görülüp klinik başvuruları daha çok olmaktadır (24).

Ülkemizde çok yakın zamanda yapılmış geniş kapsamlı bir çalışmada, ilkokul öğrencilerinde DEHB prevalansı bozulma ölçütü olmadan % 19,5, bozulma ölçütü varlığında %12,4 olarak tespit edilmiştir (25).

2.1.4. Etiyolojii

DEHB'nin etiyojisi kompleks olup birçok genetik ve çevresel faktörün etkileşimiyle oluştuğu bilinmektedir.

2.1.4.1. Genetik faktörler

DEHB etiyojisinde genetik faktörlerin güçlü bir etkisi vardır. Bir metaanaliz çalışmasında kalıtılabilirliğin %76 olduğu saptanmıştır. Aile çalışmalarında DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde ve kardeşlerinde DEHB riskinin genel topluma oranla 2-8 kat arttığı gösterilmiştir (26). Aile çalışmalarından elde edilen genetik etkinin, ne kadarının çevresel faktörlerden etkilendiğinin saptanmasında ikiz ve evlat edinme çalışmaları önemlidir. Monozigotik ikizlerde DEHB için konkordans %59-92, dizigotik ikizlerde %29-42'dir (27). Evlat edinme çalışmalarında, biyolojik ailelerde, evlat edinen ailelere kıyasla DEHB tanısının sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (28). Aday gen çalışmalarında DRD4 ve DAT1 genleri en çok araştırılan genler olup, dopaminerjik sistemde DRD1, DRD2, DRD3, DRD5, MAO-A, MAO-B, COMT ve tirozin hidroksilaz; serotonerjik sistemde HTR1B, HTR2A, TPH1, DDC; noradrenerjik sistemde NET1/SLC6A2, ADRA2A; kolinerjik sistemde CHRNA4; nöronal plastisiteyle ilgili SNAP-25 ve BDNF genleri ile anlamlı ilişki bulan çalışmalar mevcuttur (29). Çalışmalar sonucunda DEHB genetik etiyojisinin poligenik özellikte olduğu, çok sayıda genin küçük de olsa etkisiyle toplam genetik riski ortaya çıkardığı düşünülmektedir (30).

2.1.4.2. Nörokimyasal faktörler

Güncel kanıtlar, hastalıkla ilişkili katekolaminerjik disregülasyona işaret etmektedir. Noradrenalin ve dopamin, DEHB ile ilişkili beyin bölgelerinde anahtar nörotransmitterlerdir. DEHB belirtileri, metilfenidat, amfetamin ve atomoksetin gibi

dopaminerjik ve noradrenerjik agonistler tarafından hafifletilir. Hayvan modellerinde, DEHB semptomlarını katekolaminerjik fonksiyonu azaltarak ortaya çıkarmak mümkündür (31-33).

2.1.4.3. Nöroanatomik faktörler

Çalışmalarda kontrol grubuna kıyasla DEHB tanılı hastalarda beyin hacminin anlamlı olarak daha küçük olduğu (34), özellikle serebellumun, korpus kallozumun, striatal (35) ve frontal (36) bölgelerin etkilendiği gösterilmiştir. Dorso-lateral prefrontal korteks (DLPFK) başta olmak üzere azalmış korteks kalınlığı saptanmıştır (37). Uzunlamasına çalışmalardan elde edilen veriler DEHB'deki yapısal değişikliklerin gelişimsel bir gecikmeyle ilgili olduğunu düşündürmektedir (38).

2.1.4.4. Nöropsikolojik veriler

Çalışmalarda, DEHB'li hastalarda prefrontal korteksin işleyişindeki anormallikleri yansıttığı düşünülen yürütücü işlev bozukluğu kalıpları tanımlanmıştır (39). Yürütücü işlevler tepki ketleme, organizasyon, planlama, soyutlama, sözel akıcılık, çalışma belleği, duygu düzenleme, dikkati kaydırma, önceden kazanılan bilgi ve becerinin uygun ortamda amaca yönelik kullanılabilmesi olarak gruplanmıştır (40).

Barkley'nin (1997) DEHB modeli, DEHB'yi yürütücü işlevler aracılığıyla anlamaya odaklanmıştır. Bu modele göre davranış inhibisyonu, bozukluğun merkezi bir özelliği ve davranış inhibisyonundaki eksiklikler diğer yürütücü işlevsellik eksiklikleri ve sürekli dikkat ile ilgili problemler ile ilişkilidir. Barkley, bu modelin, DEHB'nin bileşik tipini açıkladığını, Dikkat eksikliği baskın alt tipin ayrı bir bozukluk olduğunu ileri sürmüştür (41). Sonraki yıllarda Barkley bu model için bazı değişiklikler önermiştir. Modelde davranışsal inhibisyon bozukluğuyla birlikte metakognisyon (üst biliş ve çalışma belleği) defisiti olduğunu belirtmiştir (42).

2.1.4.5 Nörofizyolojik faktörler

DEHB'de fMRI çalışmalarında sağlıklı kontrollere kıyasla elde edilen genel bulgular: frontal, prefrontal bölgelere ve bazal ganglionlara beyin kan akışında azalma; bazı bilişsel görevler sırasında frontal / prefrontal bölgelerin ve bazal ganglionların aktivasyonunda azalma; hipoaktivasyonu telafi etmek için diğer beyin bölgelerindeki

aktivitede atipik artış; metilfenidatin uygulanmasını takiben frontal / prefrontal bölgelere serebral kan akımının normalleşmesidir.

EEG çalışmalarının çoğunda, DEHB'lilerde normal çocuklara kıyasla artmış yavaş dalga aktivitesi seviyeleri saptanmıştır (41).

2.1.4.6 Çevresel ve Psikososyal faktörler

DEHB etiolojisinde bir dizi çevresel risk faktörü araştırılmıştır (43). Prematürite, DEHB ile en tutarlı şekilde ilişkili faktör gibi görünmektedir (44). Bazı çalışmalarda, intrauterin tütün maruziyeti (45, 46) ve düşük doğum ağırlığı (47, 48) olası risk faktörleri olarak belirtilmektedir. İntrauterin alkol ve ilaç maruziyeti, gebelik sırasında maternal psikolojik problemler, perinatal ve prenatal komplikasyonlar, travmatik beyin hasarı, emzirme süresi, erken yoksunluk ve ailesel faktörler, intrauterin kafein maruziyeti (46) ve yılın belirli mevsimlerinde doğum (49) gibi faktörlerin etkilerini değerlendirmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Bazı yapay gıda renklendiricileri ve koruyucu maddeler, toplum temelli randomize çift kör bir çalışmada risk faktörleri olarak belirtilmiştir (50). İnsektisitlere maruziyet, hayvan modellerinde risk faktörü olarak görülmüştür, ancak klinik olarak doğrulanmamıştır (19).

Bir çalışmada serum vitamin D düzeyinde, DEHB'li çocuk ve ergenlerde sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak düşüklük saptanmıştır (20).

2.1.5. Klinik Görünüm ve Değerlendirme

Dikkat, zihinsel etkinliğin bir durum üstünde yoğunlaşmasıdır. DEHB'li bireylerde dikkati toplamakta zorluk, ders çalışmama, akademik başarısızlık, unutkanlık, dalgınlık, organize olmakta zorluk gibi dikkatle ilgili sorunlar görülebilmektedir. Hiperaktivite, devamlı hareket halinde olma ya da daha çok ergenler ve erişkinlerde görülen oturulması gereken hallerde içsel huzursuzluk şeklinde tanımlanmaktadır. Yaşıtlardan daha hareketli olma, aşırı hareketlilik sonucu sorun yaşama, çok konuşma gibi belirtiler DEHB'li bireylerde sık gözlenmektedir. Dürtüsellik ise düşünmeden harekete geçme şeklinde tanımlanmaktadır. Bu bireylerde isteklerini

erteyelememe, sıra bekleyememe, acelecilik, düşünmeden hareket etme ve konuşma, sıklıkla başkasının sözünü kesme gibi belirtiler görülebilmektedir (38).

DEHB, çocuk ve aile görüşmesinde yapılan psikiyatrik değerlendirme sonrası konulan klinik bir tanıdır. Değerlendirme, çocuğun gelişimsel ve medikal öyküsünün öğrenilmesi, öğretmenden bilgi edinilmesi, komorbid tanılarının değerlendirilmesi ve gereken testlerin yapılmasını içermektedir. Tanı için DSM-5 DEHB tanı ölçütleri kullanılır. Dokuz dikkatsizlik veya dokuz aşırı hareketlilik/dürtüsellik belirtisinden en az altı tanesinin bulunması, bu belirtilerin en az iki ortamda görülmesi (evde, okulda, işte), kronik seyir göstermesi, 12 yaş öncesi başlangıç olması ve işlevselliği bozacak seviyede olması gerekmektedir. DEHB klinik görünümüne göre üç gruba ayrılmaktadır: Bileşik görünüm, Dikkatsizliğin önde geldiği görünüm, Aşırı hareketlilik-dürtüsellik önde geldiği görünüm (14).

2.1.6. DEHB’de Ayırıcı Tanı ve Eş Tanılar

Ayırıcı tanıda bipolar bozukluk, otizm spektrum bozukluğu, öğrenme bozuklukları, diğer yıkıcı davranış bozuklukları, insomni gibi uyku bozuklukları, tik bozuklukları düşünülmelidir (51).

DEHB’de yüksek oranda komorbid psikiyatrik bozukluk bulunmaktadır. Karşı olma karşı gelme bozukluğu, DEHB tanılı olguların %60 kadarında görülmekte olup, DEHB’ye en sık eşlik eden bozukluktur (51). ABD’de yapılan bir çalışmada davranım bozukluğunun DEHB’li olguların %27,4’ünde görüldüğü saptanmıştır (52). Diğer sık eşlik eden tanılar öğrenme bozuklukları (%15-40), anksiyete bozuklukları (%25-35), majör depresif bozukluktur (%15-20) (53). Bipolar bozukluk, madde kullanım bozuklukları, tik bozuklukları, gelişimsel koordinasyon bozuklukları, konuşma bozuklukları, uyku bozuklukları ile de komorbidite görülmektedir (54).

Komorbid tanılarının değerlendirilmesi hastalığın ciddiyetini, klinik seyrini, verilecek tedaviyi ve tedaviye cevabı etkilediği için önemlidir. Komorbidite varlığında hastalık şiddeti daha ağır olmaktadır. Bazı çalışmalar, komorbidite varlığının DEHB belirtilerinin kalıcılığıyla ilişkili olduğunu vurgulamaktadır (55).

2.1.7. Tedavi

Tedavi planı her hasta için bireysel olmalıdır. Farmakolojik olmayan ve farmakolojik tedavi seçimine hastanın yaşı, semptom profili, hastalığın ciddiyeti, yan etkiler için bireysel risk, tedaviye uyum sorunları, eşlik eden bozukluklar, ebeveynlerin ve çocuğun tercihi, maliyet, ilaca erişim ve eğitilmiş terapistlerin uygunluğu değerlendirilerek karar verilmelidir (56).

Farmakolojik tedavide en sık kullanılan ilaçlar stimulanlardır. Stimulan grubunda olan ilaçlar metilfenidat ve amfetaminlerdir. Ülkemizde metilfenidat içeren kısa ve uzun etki süreli preparatlar bulunmaktadır. Metilfenidatın esas olarak prefrontal korteksten ve striatumdan dopamin ve noradrenalin salınımını arttırdığı, presinaptik bölgeden de bu maddelerin geri alınımını engellediği ve böylece bu maddelerin sinaptik boşluktaki düzeyini artırdığı bilinmektedir (56). Stimulanlarla ilişkili en sık görülen yan etkiler uykusuzluk, baş ağrısı, sinirlilik, ajitasyon, sinirlilik, tremor, iştahsızlık, bulantı ve kilo kaybıdır (56).

Stimulan dışı ilaç seçeneklerinden atomoksetin ise selektif noradrenalin geri alım inhibitörü olup, dopamin düzeyinde artış ile etki göstermektedir. Atomoksetin tedavisiyle bildirilen en sık yan etkiler iştahta azalma, karın ağrısı, dispepsi, baş ağrısı, baş dönmesi, sinirlilik, uyku halidir (57).

DEHB tedavisinde kullanılan diğer ilaçlar ise alfa-2 agonistler (guanfasin, klonidin), trisiklik antidepressanlar (imipramin, desipramin), reboksetin, bupropion, modafinil ve nikotindir (58).

Farmakolojik olmayan tedavide hasta ve aileye yönelik psikoeğitim, davranışçı tedaviler bulunmaktadır. Çeşitli çalışmalarda bu girişimlerin olumlu etkileri bildirilse de, tek başına farmakolojik tedavi kadar etkili olmadığı gösterilmiştir (58). Ülkemizde yapılan prospektif bir çalışmada ise metilfenidat tedavisine ebeveyn eğitimi eklemenin ek bir fayda sağlamadığı bildirilmiştir (59).

2.2. Duyusal İşleme Bozuklukları

Sinir sisteminin önemli fonksiyonlarından biri gelen duyuşsal bilgiyi uygun mental ve motor yanıtlar oluşturacak şekilde işlemdir. Gelen duyuşsal bilgilerin % 99'undan fazlası beyin tarafından önemsiz olarak kabul edilir. Bununla birlikte, önemli duyuşsal bilgiler algılandığı zaman, istenen cevapları oluşturmak için hemen beynin uygun bütünleştirici ve motor alanlarına yönlendirilir. Bu bilginin yönlendirilmesi ve işlenmesi sinir sisteminin bütünleştirici işlevi olarak adlandırılmaktadır (60).

Duyusal bilgiler arasında beş özel duyu (görme, işitme, dokunma, tat ve koku), somatik duyu (propriyosepsiyon, ağrı, kaşıntı ve sıcaklık), viseral duyu ve vestibüler duyu bulunmaktadır (61).

Duyu bütünlüğü kavramı ilk olarak Ayres tarafından davranışlar, motor beceriler ve diğer kompleks fonksiyonel yanıtlar ortaya koymak için duyuşsal bilginin organizasyonu olarak tanımlanmıştır (62). Bu kavram, duyuşsal uyarana atipik davranışsal tepkiler gösteren bireylere (özellikle çocuklara) odaklanan bir çalışma alanını tanımlamak için kullanılmıştır. Günümüzde bu klinik durumun karşılığı Duyusal İşleme Bozukluğu (DİB) olarak belirtilmektedir.

Duyusal İşleme Bozukluğu (DİB), bir bireyin duyu sistemlerinden bir veya daha fazlasında duyuşsal girdinin tespiti, modülasyonu veya ayırt edilmesi için önemli zorluklarının olduğu bir durumdur. DİB, bir kişinin duyu, dikkat ve motor alanlardaki semptomları içeren duyuşsal girdilere uygun olmayan tepkileri olduğunda teşhis edilir. Genellikle uygun olmayan davranışlara eşlik eden DİB, küçük çocuklarda sıklıkla gözden kaçırılır. Tipik olarak gelişmekte olan birçok birey bazı duyuşsal belirtilere sahiptir. Bununla birlikte, bir bozukluk olarak kabul etmek için, uygun olmayan duyuşsal tepkiler çoğu insanın nötr veya en azından tolere edilebilir bulunduğu uyarılara yanıt olarak görülmelidir; ve okulda, evde ve/veya toplumda günlük faaliyetlerde ve rutin aktivitelerde sürekli ve işlevsel bir bozulma ile sonuçlanmalıdır.

DİB, şu üç ana gruptan herhangi biri veya kombinasyonu olarak ortaya çıkabilir:

- 1) Duyu Modülasyon Bozukluğu
- 2) Duyu Temelli Motor Bozukluk
- 3) Duyu Ayrım Bozukluğu

DİB içindeki ilk model, duyuşal girdilere verilen yanıtları düzenleme ve organize etme zorluğu ile karakterize edilen Duyu Modülasyon Bozukluğudur (DMB). DMB'nin de üç alt tipi bulunmaktadır (3). Duyusal aşırı cevaplılık, Duyusal azalmış cevaplılık ve Duyusal arayış içinde olmak. Duyusal aşırı cevaplılığı olan çocuklar, duyumları normalden daha uzun bir süre boyunca çok yoğun hissederler ve öfke nöbetleri, çığlık atma veya uyarımdan uzaklaşma gibi atipik davranışlarla aşırı tepki verebilirler. Duyusal azalmış cevaplılık, girdilere daha az yanıt veren veya yanıt vermeleri daha uzun zaman alan çocukları açıklar. Bu çocuklar çoğu zaman çekilmiş veya "kendi dünyalarında" gibi görünmektedirler. Dinlemekte, yönerge izlemekte, uzamsal becerilerde ve hareketi başlatmakta güçlük çekmektedirler. Duyusal arayış içinde olmak, yüksek yoğunluklu veya uzun süreli duyuşal uyarım arayan çocukları tanımlar. Sürekli hareket halinde olma, yere düşme, insanlara ya da yere çarpma, insanlara ya da nesnelere dokunma gibi daha fazla duyuşal bilgi sağlayan davranışları vardır. DİB/DMB'nin tanımlanması sadece ortaya çıkan davranışlar çocuğun günlük yaşamını önemli ölçüde etkilediğinde yapılır (63, 64).

Dunn'ın duyuşal işleme modeline göre dört yapı tanımlandı:

- 1) Duyusal arayış: Bu bireyler enerjik olarak bedenlerine daha yoğun duyumlar sağlayan eylemlerde bulunurlar ve bundan dolayı öğrenme görevleri ve sosyal etkileşimler sırasında dikkatsiz ve odaklanmamış olma eğilimindedirler.
- 2) Duyusal kaçınma: Bu bireylerin davranışları katı ve ödünsüz ritüeller, uyum ve değişim zorluğu ile karakterizedir. Genellikle duyumları tehdit olarak hissederler ve bu nedenle kaçınma davranışını benimsemiş eğilimindedir.
- 3) Duyusal hassasiyet: Bu bireyler, duyuşal duyarlılığa sahip olanlardan daha hızlı, yoğun ya da daha uzun bir süre boyunca tepki verirler. Davranışları aktif, olumsuz, dürtüsel veya agresif tepkilerden pasif çekilmeye veya duyumdan kaçınmaya kadar değişebilir.

4) Düşük kayıt: Bu bireyler, ortamdaki duyuşal uyarınları ihmal etme veya cevap vermeme eğilimindedir. Gelen duyuşal bilgiyi algılamıyor gibi görünürler. Bu nedenle içe dönük, ilgisiz veya letarjik görünürler (65)

Kısıtlı araştırmalar nedeniyle DSM-5 ve ICD-10 kapsamında henüz DİB tanısı bulunmamaktadır. DC:0-5'te Duyusal İşlemeleme Bozukluğu başlığı yer almaktadır (66).

Genel popülasyonun yaklaşık %16'sının DİB belirtileri olduğu tahmin edilmektedir (67). Duyusal sorunların Otizm Spektrum Bozuklukları (68), DEHB (6) ve internalizan bozukluklar (69) dahil olmak üzere birçok psikiyatrik bozuklukla birlikte ortaya çıktığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Gouze ve arkadaşları, DİB ölçütlerini karşılayan 4 yaşındaki çocukların % 33-63'ünün ebeveyn bildirimlerine göre DSM tanısı için ölçütleri karşıladığını belirtti (70). DİB çalışmalarda çoğunlukla çocuklarda bildirilmesine rağmen, bu bozukluk sosyal ve duyuşal zorluklarla ilişkili olarak yetişkinlikte de devam etmektedir (71).

2.3. DEHB ve DİB

Araştırmalar DİB/DMB ile ilgili olarak büyük ölçüde ilişkili belirtilerin gerçekten bağımsız “bozukluklar” olup olmadığına odaklanmış görünüyor. Hassan ve Azzam'ın derlemesinde DİB ve DEHB belirtilerinde anlamlı örtüşme olduğu, %40-84 komorbidite olduğu bildirilmiştir (67). Belirti gruplarından dikkatsizlik, artmış hareketlilik, dürtüsellik, emosyonel zorluklarda örtüşme bulunmaktadır. DEHB'li çocuklarda DİB varlığının, bu çocukların günlük yaşamdaki yetersizliklerini artırıp, günlük yaşam rutinlerini etkilediği bilinmektedir (72). DEHB'de görülen duyuşal sorunların dopaminerjik sistemdeki değişikliklerle ilişkili olabileceği düşünölmektedir (73).

922 bebeğin ilkokul çağına dek takip edildiği bir çalışmada, bebeklerde erken duyuşal hassasiyet varlığının, gelecekte DEHB tanısı almak açısından risk oluşturabileceği gösterilmiştir (74).

Okul öncesi çocukların değerlendirildiği bir çalışmada, duyuşal yetersizliği olan çocuklarda daha fazla düzeyde hiperaktif davranış göröldüğu bildirilmiştir (75). 6 ila 10 yaş arasındaki erkek çocukların değerlendirildiği bir çalışmada, DEHB tanısı

olanlarda sağlıklı kontrollerden daha fazla duyuşal işleme zorluğu olduğu saptanmıştır. DEHB alt tipleri arasındaki duyuşal işleme sorunları yapısında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ayrıca bu çalışmada Duyusal işleme zorluklarının DEHB grubunda boş zaman etkinliklerine katılım tercihlerini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (76).

Yetişkinlerle yapılan bir çalışma, DEHB özelliklerinin sayısı ile bildirilen duyuşal işleme sorunlarının sıklığı arasında oldukça anlamlı bir pozitif korelasyon olduğunu göstermiştir. Tüm modalitelerde artan sayıda duyuşal zorluk, artan DEHB hastalık şiddeti düzeyi ile ilişkilendirilmiştir (77).

DİB tedavisinde duyu bütünleme terapisinin etkinliği araştırılmıştır (78). Duyusal temelli terapiler, vestibüler, propriyoseptif, işitsel ve dokunsal girdiler sağlayarak duyuşal sistemi düzenlediğine inanılan aktiviteleri içerir (79). DEHB'ye eşlik eden DİB varlığında duyu temelli terapinin faydalı olabileceği bildirilmiştir (80). Yakın zamanlı bir çalışmada Tzang ve arkadaşları DEHB tanılı çocuklarda duyu bütünleme terapisinin gelecekteki psikiyatrik hastalıkları önlemek için tek başına yeterli olmadığını bildirmiştir (81). DEHB ve Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu komorbiditesi olan çocuklarda duyu bütünleme sorunlarına yönelik değerlendirmenin önemli olduğu ve farmakolojik tedaviye ek olarak uygulanan duyu bütünleme terapisinin faydalı olabileceği bildirilmiştir (82). 30 çalışmayı inceleyen bir derlemede duyu bütünleme terapisinin etkinliğinin sınırlı olduğu belirtilmiştir (83).

2.4. Kişilik

Kişilik, bireyi diğerinden ayıran doğuştan getirdiği ve sonradan kazanılan, tutarlı şekilde gösterilen özellikler bütünüdür (84). Kişiliğin tanımlanmasına ve değerlendirilmesine yönelik olarak birçok kuramcının farklı görüşleri bulunmaktadır.

Cloninger'in biyopsikososyal modeli, kişiliğin hem kalıtsal (mizaç) hem de çevresel (karakter) yönlerini ele almaktadır. Teori, 4 mizaç faktörünü (yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat) ve 3 karakter faktörünü (kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşma) içerir (85).

Ülkemizde 17-22 yaş aralığındaki bireylerde yapılan bir çalışmada DEHB ile yüksek yenilik arayışı, düşük sebat etme, düşük kendini yönetme, düşük işbirliği yapma ve düşük kendini aşma özellikleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (86). Erişkin hastalarda yapılan bir çalışmada, DEHB ile yenilik arayışı ve zarardan kaçınma mizaç özellikleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (87).

Beş Faktör Modeli, kişilik özelliklerinin değerlendirilmesinde kullanılan diğer modeldir. Bu modelde faktörler iki kutuplu boyutlar olarak kavramsallaştırılır ve dışadönüklük, vicdanlılık (dürüstlük), nörotisizm, yumuşakbaşlılık (uzlaşmacılık) ve açıklık alt boyutlarından oluşmaktadır (88).

Bir metaanalizde, klinik bozuklukların tipik olarak yüksek nörotisizm, düşük vicdanlılık, düşük yumuşakbaşlılık ve düşük dışadönüklük ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (89). Mizaç ve kişilik özelliklerinin psikopatoloji ve özellikle de DEHB ile ilişkili olduğunu gösteren giderek büyüyen bir araştırma alanı bulunmaktadır. Bir çalışmada DEHB tanılı çocuklarda yüksek düzeyde nörotisizm ve düşük vicdanlılık görüldüğü bildirilmiştir (90). DEHB semptom alanları incelendiğinde daha spesifik ilişkiler ortaya çıkmıştır. Dikkatsizlik belirtilerinin öncelikli olarak düşük vicdanlılıkla ilişkili olduğu görülürken, hiperaktivite/Dürtüsellik belirtilerinin öncelikli olarak yüksek dışadönüklülük ile ilişkili olduğu saptanmıştır (90, 91).

Araştırmalara göre kişilik özellikleri ile DEHB arasındaki ilişki gelişim boyunca değerlendirildiğinde, artan nörotisizm ve daha düşük yumuşakbaşlılık seviyeleri, ergenliğe ve genç erişkinliğe yönelik artan DEHB belirti düzeyini öngörmektedir (92, 93).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Katılımcıların Seçimi

Çalışma, İstanbul Anadolu yakasındaki Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları alanında hizmet veren ana merkezlerden biri olan Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ayaktan Tedavi Polikliniği'nde Eylül 2018 ile Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışma için yapılan etik kurul başvurusu, 01.06.2018 tarih ve 09.2018.428 protokol numarası ile Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Ek 1).

3.1.1. DEHB (Hasta) Grubu

DEHB grubunu, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde DSM-5' e göre ilk kez DEHB tanısı alan ve DEHB tanısı olup en az son 1 haftadır DEHB'ye yönelik ilaç tedavisi almayan rastgele örnekleme ile seçilmiş 11-17 yaş arası 30 çocuk ve ergen oluşturmuştur. Çalışmaya davet edilen aileler ve çocuklar çalışma hakkında bilgilendirilmiş, yazılı onamları alınmıştır.

DEHB grubu için çalışmaya dahil edilme ölçütleri:

1. 11-17 yaşlar arası olmak
2. Çalışmaya katılmaya onay vermek
3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması -ÇDŞG-ŞY sonucu DEHB tanısı olmak
4. DEHB'ye yönelik ilaç tedavisi almamış olmak veya en az son 1 haftadır DEHB'ye yönelik ilaç tedavisi almamış olmak
5. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeğinde (Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised,WISC-R) (genel bilgi, sözcük dağarcığı, resim tamamlama ve resim düzenleme alt testleri yapılarak); zeka bölümü 70'in üstünde olanlar

DEHB grubu için çalışmaya dahil edilmeme ölçütleri:

1. WISC-R testinde zeka bölümü puanının 70'nin altında olması
2. Kronik ve ciddi tıbbi hastalığı olması
3. Özgül öğrenme güçlüğü, Otizm Spektrum Bozukluğu, Psikotik bozukluk tanısının olması
4. Tıbbi öyküde epilepsi, serebral palsi veya başka nörolojik hastalık varlığı
5. Kafa travması öyküsü olması
6. Kognitif becerileri etkileyecek diğer tıbbi rahatsızlıklar (görme bozukluğu, işitme engeli)

3.1.2. Kontrol (Sağlıklı) Grubu

Kontrol grubunu oluşturmak amacıyla Ülkü Bora Ortaokulu, Toki Soğanlık Ortaokulu ve Köy Hizmetleri Anadolu Lisesi'nde 11-17 yaş arası ergenlerin bulunduğu sınıflardaki öğrenciler rastgele örnekleme ile belirlenmiştir. Çalışmaya davet edilen ergenler ve aileleri araştırmacı tarafından çalışma ile ilgili bilgilendirilmiştir ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya dahil olmayı kabul edenlere 'Okul Çağı Çocukları için Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY)' ve WISC-R testi yapılarak sağlıklı kontrol grubuna uygunlukları değerlendirilmiştir. WISC-R'dan toplam puanı >70 olan ve DSM-5'e göre herhangi bir psikiyatrik tanı almayan ergenler çalışmanın sağlıklı (kontrol) grubunu oluşturmuştur. Çalışmanın kontrol grubu, hasta grubu ile yaş ve cinsiyet bakımından eşleştirilerek seçilmiştir. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan, katılma ölçütlerine uygun 11-17 yaş aralığındaki 30 öğrenci çalışmanın kontrol grubunu oluşturmuştur. Çalışmanın okul idarelerinin denetim, gözetim ve sorumluluğunda, eğitim-öğretimi aksatmaması koşuluyla, T.C İstanbul Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden 08.03.2019 tarih ve 59090411 sayılı oluru ile araştırma izni alınmıştır (Ek 2).

Kontrol grubu için çalışmaya dahil edilme ölçütleri:

1. 11-17 yaşlar arasında olmak
2. Çalışmaya katılmaya onay vermek
3. Okul Çağı Çocukları için Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY) sonucu psikiyatrik tanı almamak
4. WISC-R testinde zeka bölümü puanının 70'in üstünde olması

Kontrol grubu için çalışmaya dahil edilmeme ölçütleri:

1. WISC-R testinde zeka bölümü puanının 70'in altında olması
2. DSM-5'e göre klinik düzeyde bir psikiyatrik bozukluk varlığı
3. Kronik ve ciddi tıbbi hastalık varlığı
4. Tıbbi öyküde epilepsi, serebral palsi veya başka nörolojik hastalık varlığı
5. Kafa travması öyküsü olması
6. Kognitif becerileri etkileyecek diğer tıbbi rahatsızlıklar (görme bozukluğu, işitme engeli)

3.2. Araştırmanın Deseni

Gözlemsel ve kesitsel klinik çalışma olarak planlanmıştır.

3.3. Yöntem

Genel psikiyatrik değerlendirme ve olası psikiyatrik tanıların saptanması amacıyla araştırmacı tarafından olgular ve ebeveynlerine Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) yapılmıştır. Yapılan görüşmelerde ÇDŞG-ŞY-T ile taranamayan Öğrenme Güçlüğü ve Otizm Spektrum Bozuklukları tanıları araştırmacının DSM-5 tanı ölçütlerine dayalı klinik görüşü ile değerlendirilmiştir. Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik form ile sosyodemografik verilere bakılmıştır. Çalışmaya katılan olguların zeka seviyesini tespit etmek amacıyla Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği- Gözden Geçirilmiş Formunun (Wechsler intelligence scale for children-revised, WISC-R) dört alt testi uygulanmıştır. Ergenlerde silik nörolojik bulguları saptamak için gözlemsel bir ölçek olan PANESS (Physical and Neurological Examination for Subtle Signs) kullanılmıştır. Çalışmaya katılan ergenlere ise Adolesan/Yetişkin Duyu Profili

(AYDP) ve DSM-5-Kişilik Envanteri-Kısa Form (PID-5-BF) doldurulmak üzere verilmiştir. DEHB grubunda hastalık şiddetinin değerlendirilmesi için Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) kullanılmıştır.

Ebeveynlere; Conner's Aile Derecelendirme Ölçeği (CADÖ), DSM-IV DEHB belirti listesi, Otizm Spektrum Tarama Ölçeği (OSTÖ) doldurulmak üzere verilmiştir. Çalışmaya katılan ergenlerin sınıf öğretmenlerinden; Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (CÖDÖ) ve DSM-IV DEHB belirti listesini yanıtlamaları istenmiştir.

3.4. Veri Toplama ve Ölçüm Araçları

3.4.1. Sosyodemografik veri formu (Ek-4)

Çalışmaya katılan ergenlerin sosyodemografik özellikleri araştırmacı tarafından oluşturulan yarı yapılandırılmış sosyodemografik bilgi formu kullanılarak değerlendirilmiştir.

Sosyodemografik veri formunda, katılımcı ergenin cinsiyeti, doğum tarihi, anne-babasının yaşı, anne-babasının eğitim durumu, anne-babanın birlikteliği, evde yaşayan kişi sayısı, ergenin kaç kardeşi olduğu, kaçınıcı çocuk olduğu, ailede kişi başına düşen aylık gelir miktarı, ailede çalışmaya katılan ergenin haricinde başka birey(ler)de psikiyatrik yakınma olup olmadığı, varsa kimlerde olduğu, ailede çalışmaya katılan ergenin haricinde başka birey(ler)de psikiyatri başvurusu olup olmadığı, varsa kimlerde olduğu, ergenin annesinin gebelik sırasında sigara, alkol kullanımı, düşük olasılığı olup olmadığı, doğum şekli, ergenin doğum kilosu, doğum haftası, doğum sonrası yoğun bakımda kalma ihtiyacı olup olmadığı, olduysa süresi, ilk kelime söyleme yaşı, ilk cümle kurma yaşı, yürüme yaşı ve tuvalet eğitimi edindiği yaş, okul öncesinde yuva eğitimi alıp almadığı, kronik tıbbi hastalık varlığı, ilk 6 yılda bakım verenin kim olduğu, anne sütü kullanımının varlığı, ne kadar süre ile kullandığı, ek gıdaya geçişin ne zaman olduğu, uyku sorunun olup olmadığı sorgulanmaktadır.

3.4.2. Okul Çağı Çocukları için Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)

Çalışmaya katılan tüm ergen ve ebeveynlerine ÇDŞG-ŞY-T yapılarak DSM-IV Eksen 1 tanıları belirlenmiştir. Kauffman ve arkadaşları tarafından 6-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerde psikopatoloji taramak amacıyla DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geliştirilmiştir. ÇDŞG-ŞY, yarı-yapılandırılmış bir görüşme formudur. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılan yarı-yapılandırılmış bir görüşme olan ÇDŞG-ŞY-T, Öğrenme Güçlüğü, Gelişimsel Bozukluklar ve Negatif Belirtili Şizofreni dışında birçok psikiyatrik bozukluğu taramaktadır (94, 95).

3.4.3. Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised, WISC-R)

David Wechsler tarafından, 5–15 yaş grubunda, konuşma ve dil becerileri yeterli düzeyde olan çocukların genel zihinsel kapasitelerinin değerlendirilmesi amacıyla Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği (Wechsler Intelligence Scale for Children, WISC) geliştirilmiştir (96). 1974 yılında ölçek yeniden gözden geçirilerek WISC-R adını almış ve uygulandığı yaş aralığı 6-16 olarak değiştirilmiştir (97).

Savaşır ve Şahin tarafından ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve WISC-R ölçeği Türk kültürüne uyarlanmıştır (98). Çalışmamızda DEHB ve kontrol grubuna uygulanan WISC-R’nin genel bilgi, resim tamamlama, resim düzenleme ve sözcük dağarcığı alt testlerinden alınan puanlardan hesaplanan standart puanları değerlendirmeye alındı.

3.4.4.PANESS (Physical and Neurological Examination for Subtle Signs)

PANESS çocuk ve ergenlerde silik nörolojik bulguları saptamak için Denckla tarafından geliştirilen gözlemsel bir ölçektir (99). Ölçek 21 maddeden oluşur. Daha önceki bazı çalışmalarda (100, 101) yararlanılan metodolojik sınıflama örneklerinden yola çıkarak, araştırmamızda lateralizasyon, yürüyüş, denge, motor persistence (sebat) ile ilgili alt maddeler kullanıldı. Lateralizasyon (el, ayak, göz), yürüyüş hata puanı, denge hata puanı ve motor sebat puanı hesaplandı.

3.4.5. Conner's Aile Değerlendirme Ölçeği (CADÖ) (Ek-5)

Toplam 48 maddeden oluşan bir ölçektir. Dikkat Eksikliği, hiperaktivite, davranım bozukluğu, kaygı ve somatik bozukluk alt parametreleri bulunmaktadır. CADÖ'nün Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (102).

Sorular bu ölçekte anne-baba tarafından dörtlü Likert ölçeği üzerinde cevaplanmaktadır. “Hiçbir zaman”, “nadiren”, “sıklıkla” ve “her zaman” seçenekleri sırasıyla ; “0”, “1”, “2”, ve “3” olarak puanlanmaktadır.

3.4.6. DSM-IV DEHB Belirti Listesi (Ek-6)

DEHB tanısı ve alt tiplerin belirlenmesi için DSM-IV'te yer alan ve dikkati değerlendiren 9, hiperaktivite ve dürtüselliği değerlendiren 9 maddeden oluşan bir tarama listesidir. Her bir maddede tanımlanan belirtinin varlığı dörtlü Likert ölçeği üzerinde değerlendirilmekte, buna göre “hiç yok”, “çok az”, “oldukça fazla” ve “çok fazla” seçenekleri sırası ile “0”, “1”, “2”, ve “3” olarak puanlanmaktadır.

Bu çalışmada DEHB belirti listesi ebeveynlere ve öğretmenlere DEHB alt tipi ve şiddetini belirlemek amacıyla verilmiştir.

3.4.7. Otizm Spektrum Tarama Ölçeği Türkçe Uyarlaması (OSTÖ) (Ek-7)

Otizm Spektrum Tarama Ölçeği 27 maddelik bir ankettir (Ehlers ve Gilberg 1993, Ehlers ve ark. 1999). Her madde için yanıtlayıcının “Çocuğun yaşlarına göre diğerlerinden farklı olarak göze çarpan” özelliklerinin olup olmadığını belirtmesini isteyen 27 madde içermektedir. 10 dakika içinde tamamlanabilen 3 puanlı likert tipi bir puanlamadır: “Hayır” (0 puan=normal), “Biraz” (puan 1= biraz anormallik/olağandışılık) veya “Evet” (puan 2= kesin anormallik/olağandışılık). Toplam OSTÖ puanları 0 ile 54 arasındadır. Türkçe Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Köse ve ark. Tarafından yapılmıştır (103).

3.4.8. Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (CÖDÖ) (Ek-8)

Conner's tarafından 1969 yılında geliştirilen ve daha sonra kısa formu 1973'te oluşturulan ölçek 28 maddeden oluşmaktadır. Dikkat eksikliği, hiperaktivite ve

davranım sorunlarını anlamaya yönelik sorular içerir. Türkçe'ye uyarlama çalışmaları Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (104). Ölçek 4'lü likert tipindedir. "Hiçbir zaman", " nadiren", "sıklıkla", ve "her zaman" seçenekleri sırası ile "0", "1", "2", "3" olarak puanlanmaktadır.

Çalışmada CÖDÖ, öğrencilerin sınıf öğretmenleri veya öğrenciyi en iyi tanıyan öğretmenleri tarafından doldurulmuştur.

3.4.9. Klinik Global İzlenim Ölçeği (Clinical Global Impression Scale, CGI)

(Ek-9)

Klinik global izlem ölçeği herhangi bir hastalığın şiddetinin ya da hastalık belirtilerindeki düzelmenin genel olarak değerlendirildiği bir ölçektir. Klinisyenin, söz konusu hastalıkla ilgili genel tecrübesine dayanarak, hastalığın şiddeti, düzelme durumu ve ilaçlara bağlı yan etki açısından derecelendirme yapılır. Hastalık şiddeti ile ilgili derecelendirme 1 ile 7 puan arasında yapılır (1: Hasta değil, 7: Çok ağır hasta). Hastalığın düzelme durumu ile ilgili derecelendirme de 1 ile 7 arasında yapılır (1: Çok düzeldi, 7: Çok kötüleşti). İlaçlara bağlı yan etki ortaya çıkması da 1 ile 4 arasında derecelendirilir (1: Hiç yok, 4: Terapötik etkinin yararlarını göz ardı edecek düzeyde yan etki ortaya çıktı.)

Çalışmada klinisyen tarafından CGI-Hastalık şiddeti bölümü değerlendirilmiştir.

3.4.10. Adolesan/Yetişkin Duyu Profili (AYDP) (Ek-10)

Adolesan/Yetişkin Duyu Profili (Brown& Dunn) 60 maddeden oluşan, 6 duyu modelini, farklı duyu uyaranlarına karşı oluşan cevabı değerlendiren, 2002 yılından beri kullanılan standardize bir testtir. Tat/koku (kişilerin tat ve kokulara karşı cevabı), hareket (kişilerin duyuusal ve vestibular uyaranlara karşı cevabı), görsel (kişilerin görsel uyaranlara verdiği cevap), dokunma (deriye ve dile dokunma uyarılarına cevap), işitsel gelişimini (işitilene verilen cevap) ve aktivite seviyesini (günlük yaşam aktivitelerine katılım ve eğilimi) değerlendirir. 11 yaş ve üstü adolesan, yetişkinler için kullanılır.

Dunn'ın Duyu İşleme Teorisine dayalı dört alt ölçekten oluşur.

1. Duyusal hassasiyet (duyusal uyaranlara karşı düşük eşik sahibi olup, uyarılara normalden fazla cevap vermek),
2. Duyusal kaçınma (duyusal uyarlardan bilerek kaçınmak),
3. Düşük kayıt (duyusal girdilere az ya da normalden daha yavaş cevap vermek),
4. Duyusal arayış (duyusal girdilerden zevk almak, duyusal arayış içinde olmak).

Beş maddelik bir likert ölçeği (çoğu insandan çok daha az, çoğu insandan az, çoğu insana benzer, çoğu insandan fazla, çoğu insandan çok daha fazla) kullanılarak katılımcıların her bir maddede tarif edilen duyusal olay/deneyime ne sıklıkla cevap verdiklerine dair puanlaması istenir. Her bir kategoride puan 5 ile 75 puan aralığında sonuçlanır. Puan ne kadar yüksek olursa, birey duyusal işlem kalıpları için o kadar daha fazla özellik sergiler.

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Üçgül ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (105).

3.4.11. DSM-5-Kişilik Envanteri-Kısa Form-Çocuk (PID-5-BF) (Ek-11)

DSM 5 Kişilik Envanteri Çocuk Formu 11-17 yaş çocuklarda kişilik özelliklerini değerlendirmede kullanılan 25 maddeli bir öz bildirim ölçeğidir (106). Olumsuz duygulanım, uzak olma, karşıtlık/terslik, disinhibisyon, psikotizm olmak üzere 5 kişilik alanını değerlendirir. Her alan da 5 maddeden oluşmaktadır. Çocuğa, her bir maddede o maddenin kendisini ne kadar iyi tanımladığını değerlendirmesi istenir. Ölçekte yer alan maddeler dörtlü likert tipi bir değerlendirme sağlamaktadır (0=çok yanlış veya sıklıkla yanlış; 1=bazen veya biraz yanlış; 2=bazen veya biraz doğru; 3=çok doğru veya sıklıkla doğru). Toplam puan 0-75 arasında değişebilmektedir. Alt alan toplam puanları da 0-15 arasında değişmektedir. Yüksek puan kişilik işlev bozukluğunun daha fazla olduğunu göstermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sapmaz ve arkadaşları tarafından yapılmış olup araştırmacılarla kişisel görüşme yapılmıştır (107).

3.5. Verilerin İstatiksel Analizi

Verilerin istatistik analizi SPSS 20.0 programı ile yapılmıştır. Niteliksel verilerde gruplar arasında kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi ve Fisher testi; niceliksel verilerde sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Bağımsız gruplar için t-testi (Student t-testi), dağılımın normal olmaması halinde ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Niceliksel verilerde 2'den fazla grupta sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Dağılımın normalliği Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma verilerinin birbirleri ile olan ilişkisi Pearson ve Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. DEHB grubunda ölçekler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde basit lineer regresyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Olguların ve Ebeveynlerin Genel Özellikleri

4.1.1. Olguların sosyodemografik özellikleri

4.1.1.1. Olguların gruplara göre dağılımı

Çalışmamıza katılan DEHB olgu grubu Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Psikiyatri Polikliniği'nde ilk kez DEHB tanısı alan ya da daha önceden DEHB tanısı alıp en az son 1 haftadır DEHB'ye yönelik ilaç tedavisi almayan 30 ergenden oluşmaktaydı. Kontrol grubu ise Milli Eğitim Bakanlığı'nın çalışma için onay verdiği ortaokul ve liselerdeki DEHB grubuyla benzer yaş ve cinsiyet dağılımı özellikleri gösteren 30 sağlıklı ergenden oluşmaktaydı.

4.1.1.2. Olguların yaş ve cinsiyet özellikleri

Yaş ortalaması DEHB grubunda $13,2\pm 1,72$ ve Kontrol grubunda $13,08\pm 1,41$ idi. Gruplar arasında yaş ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 1).

Tablo 1. DEHB ve kontrol grubunda yaş ortalaması

	DEHB		Kontrol		P
	Ort	SS	Ort	SS	
Yaş	13,2	1,72	13,08	1,41	0,77

Bağımsız Gruplar T testi

Gruplarda cinsiyet dağılımına bakıldığında, her iki grupta da erkeklerin oranı kızlardan daha fazlaydı. Cinsiyet dağılımı açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2. DEHB ve kontrol grubunda cinsiyet dağılımı

		DEHB		Kontrol		P
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kız	8	26,7	7	23,3	0,766
	Erkek	22	73,3	23	76,7	

Ki-kare testi

4.1.1.3. Olguların gelişim basamakları

İki grup arasında ilk kelime söyleme, ilk cümle kurma, yürümeye başlama zamanı ve tuvalet eğitiminin tamamlandığı zaman açısından fark yoktu ($p>0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Olguların gelişim basamakları dağılımları (ay)

	DEHB				Kontrol				p
	Ort	SS	Medya n	IQR	Ort	SS	Medyan	IQR	
İlk kelime	10,77	1,99	12	9-12	10,13	2,6	10	8-12	0,16
İlk cümle	21	5,33	22	18-24	18,73	5,16	18	14-24	0,16
Yürüme	12,3	2,33	12	11-12	12,07	2,37	12	10,75-13	0,95
Tuvalet	27,87	11,02	24	23-36	24,8	6,91	24	18-30	0,59

Mann Withney U testi

4.1.1.4. Olguların anne sütü alım süreleri ve erken çocukluk bakım öyküsü

Her iki grupta da anne sütünü 6 aydan fazla alanların oranı daha fazla bulundu. Fakat iki grup arasında anne sütü alım süresi bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmadı ($p=0,54$). İlk 6 yıl bakım verenin kim olduğu incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu ($p=1$). DEHB grubunun %33,3'ü, kontrol grubunun ise %43,3'ü yuva eğitimi almıştı. İstatistiksel veriler incelendiğinde iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,43$) (Tablo 4).

Tablo 4. Olguların anne sütü alım süreleri ve erken çocukluk bakım dağılımları

		DEHB		Kontrol		p
		n	%	n	%	
Anne sütü	6 aydan az	6	20	8	26,7	0,54
	6 aydan fazla	24	80	22	73,3	
İlk 6 yıl bakım veren	Anne	27	90	28	93,3	1*
	Akraba	3	10	2	6,7	

*Ki-kare testi, *Fisher testi*

4.1.1.5. Olguların okul öncesi eğitim alma durumları

Olguların yuva eğitimi alıp almadıklarına bakıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,43$) (Tablo 5).

Tablo 5. Olgularda yuva eğitimi alma durumunun dağılımı

		DEHB		Kontrol		p
		n	%	n	%	
Yuva eğitimi	Aldı	10	33,3	13	43,3	0,43
	Almadı	20	66,7	17	56,7	

Ki-kare testi

4.1.1.6. DEHB grubunun klinik görünümlere göre dağılımı

DEHB grubu klinik görümler açısından incelendiğinde olguların % 60'ı DEHB-Bileşik görünüm, % 33,3'ü DEHB-Dikkatsizliğin önde geldiği görünüm, % 6,7'si DEHB Hiperaktivite/Dürtüsellik görünüm şeklindeydi (Tablo 6).

Tablo 6. DEHB grubunun klinik görünümlere göre dağılımı

	DEHB	
	n	%
Dikkatsizlik	10	33,3
Hiperaktivite/Dürtüsellik	2	6,7
Bileşik	18	60

4.1.2. Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri

Ebeveynlerin yaş ortalamasına bakıldığında kontrol grubunda hem annenin hem de babanın yaş ortalaması DEHB grubundan büyük bulundu. Anne yaş ortalamaları açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,43$). Baba yaş ortalamaları açısından da iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,25$) (Tablo 7).

Tablo 7. Ebeveynlerin yaş ortalamaları

	DEHB		Kontrol		P
	Ort	SS	Ort	SS	
Anne	40,77	6,15	41,97	5,56	0,43
Baba	43,57	6,39	45,37	5,61	0,25

Bağımsız Gruplar T testi

DEHB grubunda annelerin %3,3'ü okur yazar değildi. Yine aynı grupta annelerin %50'si ilkokul mezunu, %3,3'ü ortaokul mezunu, % 33,3'ü lise ve %10'u üniversite mezunu idi. Kontrol grubunda okur yazar olmayan anne yoktu. Bu gruptaki annelerin %23,3'ü ilkokul, %16,7'si orta okul, %43,3'ü lise ve %16,7'si üniversite mezunu idi. Gruplar arasında anne eğitim düzeyleri açısından fark yoktu ($p=0,11$).

Baba eğitim durumları incelendiğinde; DEHB grubundaki babaların %3,3'ü okur yazar değildi. Bu gruptaki babaların %40'ı ilkokul, %23,3'ü orta okul, %23,3'ü lise ve %10'u üniversite mezunu idi. Kontrol grubunda okur yazar olmayan baba yoktu. Bu gruptaki babaların ise %6,7'si ilkokul, %16,7'si ortaokul, %40'ı lise ve %36,7'si üniversite mezunu idi. Baba eğitim düzeyleri açısından iki grup arasında fark vardı ($p < 0,05$, $p=0,006$) (Tablo 8).

Tablo 8. Ebeveynlerin eğitim düzeylerinin dağılımı

		DEHB		Kontrol		p
		n	%	N	%	
Anne Eğitim	OY değil	1	3,3	0		0,11
	İÖ	15	50	7	23,3	
	OO	1	3,3	5	16,7	
	LİSE	10	30	13	43,3	
	ÜNİ	3	10	5	16,7	
Baba Eğitim	OY değil	1	3,3	0		0,006
	İÖ	12	40	2	6,7	
	OO	7	23,3	5	16,7	
	LİSE	7	23,3	12	40	
	ÜNİ	3	10	11	36,7	

Ki-kare testi

Olguların anne-baba birliktelik durumları incelendiğinde, DEHB grubundaki ebeveynlerin %83,3'ü birlikte iken; kontrol grubunda bu oran %96,7 bulundu. Gruplar arasında anne baba birliktelik durumları açısından fark yoktu ($p=0,19$; $p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Olguların anne-baba birliktelik durumları

		DEHB		Kontrol		P
		n	%	N	%	
Anne-baba birliktelik	Birlikte	25	83,3	29	96,7	0,19
	Ayrı	5	16,7	1	3,3	

Fisher testi

Gruplar evde yaşayan kişi sayısı açısından incelendiğinde, her iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,97$) (Tablo 10).

Tablo 10. Olguların evinde yaşayan kişi sayısı

	DEHB		Kontrol		p
	Ort	SS	Ort	SS	
Evde kişi sayısı	4,3	1,08	4,33	1,18	0,97

Mann Withney U testi

Kişi başına düşen aylık gelir durumlarına bakıldığında ise, DEHB'li grupta %76,7'sinin 1000 TL'nin altında iken, diğer grupta %40'ının 1000 TL'nin altındaydı. Kişi başına düşen aylık gelir düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı fark vardı ($p=0,011$) (Tablo 11).

Tablo 11. Gruplarda kişi başına düşen aylık gelir dağılımları

		DEHB		Kontrol		P
		n	%	n	%	
Gelir (tl)	<1000	23	76,7	12	40	0,011
	1000-3000	7	23,3	16	53,3	
	3001-10000	0	0	2	6,7	
	10000<	0	0	0	0	

Ki-kare testi

Olguların çekirdek ailelerindeki kişilerin psikiyatrik yakınmalarının ve psikiyatriye başvurularının olup olmadığı incelenmiştir. DEHB grubundaki ailelerin % 46,7'sinde psikiyatrik yakınma bulunurken, bu ailelerin % 71,4'ünde psikiyatrik yakınma bir kişide, % 28,6'sında birden fazla kişide olduğu saptandı. Yine DEHB grubundaki ailelerin % 43,3'ünde psikiyatri başvurusu olup, bu ailelerin %76,9'unda psikiyatri başvurusu bir kişide, %23,1'inde birden fazla kişide olduğu bulundu. Kontrol grubuna bakıldığında bu gruptaki ailelerin % 16,7'sinde psikiyatrik yakınma olduğu, bu ailelerin %80'inde psikiyatrik yakınma bir kişide, %20'sinde birden fazla kişide bulunduğu saptandı. Kontrol grubundaki ailelerin %13,3'ünde psikiyatri başvurusu olduğu, başvurusu olanların da %75'inde bir kişide, %25'inde birden fazla kişide olduğu bulundu. DEHB ve kontrol grubu arasında ailede psikiyatrik yakınma varlığı açısından anlamlı fark saptanırken ($p=0,012$), psikiyatrik yakınması olan kişi sayısı açısından anlamlı fark bulunmadı ($p=1$). İki grup arasında ailede psikiyatri başvurusu varlığı bakımından anlamlı fark saptandı ($p=0,01$). Ailede psikiyatriye başvuran kişi sayısı açısından ise fark yoktu ($p=1$) (Tablo 12).

Tablo 12. Olguların çekirdek ailelerinin psikiyatrik yakınma ve psikiyatriye başvuru durumları

		DEHB		Kontrol		p
		n	%	n	%	
Psikiyatrik Yakınma	Var	14	46,7	5	16,7	0,012
	Yok	16	53,3	25	83,3	
Psikiyatrik Yakınma	Bir Kişide	10	71,4	4	80	1*
	Birden Fazla Kişide	4	28,6	1	20	
Psikiyatri Başvurusu	Var	13	43,3	4	13,3	0,01
	Yok	17	56,7	26	86,7	
Psikiyatri Başvurusu	Bir Kişide	10	76,9	3	75	1*
	Birden Fazla Kişide	3	23,1	1	25	

Ki-kare testi

**Fisher testi*

4.1.3. Olguların doğum öyküsü

Olguların doğum zamanı, doğum şekli ve prenatal, perinatal ve postnatal komplikasyonlar varlığı incelenmiştir. Doğum zamanı değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,71$). Doğum şekli açısından gruplar kıyaslandığında fark yoktu ($p=0,605$). Prenatal, perinatal ve postnatal komplikasyonlar varlığına bakıldığında gruplar arasında fark saptanmadı ($p=0,24$) (Tablo 13).

Tablo 13. Gruplarda doğum zamanı, doğum şekli ve komplikasyon varlığı

		DEHB		Kontrol		p
		n	%	n	%	
Doğum zamanı	Preterm	3	10	5	16,7	0,71
	Term	27	90	25	83,3	
	Postterm	0	0	0	0	
Doğum Şekli	Normal	15	50	13	43,3	0,605*
	Sezaryen	15	50	17	56,7	
Komplikasyon	Var	3	10	0	0	0,24
	Yok	27	90	30	100	

Fisher testi

**Ki-kare testi*

Gruplar gebelik döneminde annelerin sigara kullanımı açısından incelendiğinde iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,35$) (Tablo 14).

Tablo 14. Gruplarda gebelik döneminde annelerin sigara kullanımı

		DEHB		Kontrol		p
		n	%	N	%	
Gebelikte Sigara Kullanımı	Var	4	13,3	1	3,3	0,35
	Yok	26	86,7	29	96,7	

Fisher testi

4.1.4. Olguların kronik tıbbi hastalık öyküsü

DEHB ve kontrol grubunda kronik tıbbi hastalığa sahip olma durumları açısından incelendiğinde iki grup arasında fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Gruplarda kronik tıbbi hastalık öyküsü

		DEHB		Kontrol		p
		n	%	n	%	
Kronik tıbbi hastalık	Var	3	10	3	10	1
	Yok	27	90	27	90	
	Hipotiroidi	1		0		
	Astım	1		1		
	Allerji	1		2		

Fisher testi

4.2. Ölçeklerden ve Yapılan Testlerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi

4.2.1. WISC-R testi puanları

DEHB ve kontrol grubunun zihinsel değerlendirmeleri sonucunda her iki grubun da zeka seviyesinin normal sınırlarda olduğu saptandı. DEHB grubunun sözel, performans ve total zeka puanları sırasıyla; $91,37\pm 14,7$, $97,8\pm 16,6$ ve $93,87\pm 15,25$ idi. Kontrol grubunun sözel, performans ve total zeka puanları ise sırasıyla; $102,5\pm 18,35$, $101,6\pm 16,49$ ve $102,2\pm 14,98$ şeklindeydi. Kontrol grubu sözel, performans ve toplam zeka puanları olmak üzere üç zeka puanı türünde DEHB grubundan daha yüksek puan aldı. Sözel zeka puan türünde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,012$). Toplam zeka puan türü bakımından gruplar arasında anlamlı fark bulundu ($p=0,037$). Performans puan türünde ise iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,38$) (Tablo 16).

Tablo 16. WISC-R test puanları

		DEHB		Kontrol		P
		Ort	SS	Ort	SS	
WISC-R	Sözel	91,37	14,7	102,5	18,35	0,012
	Performans	97,8	16,6	101,6	16,49	0,38
	Total	93,	15,25	102,2	14,98	0,037

Bağımsız Gruplar T testi

4.2.2. DEHB grubunun CGI verileri

DEHB grubunun CGI verileri incelendiğinde ortalama puanın 4,1 olduğu görüldü (Tablo 17).

Tablo 17. DEHB grubunun CGI verileri

	DEHB	
	Ort	SS
CGI	4,1	0,607

4.2.3. Conner's Aile Değerlendirme Ölçeği verilerinin değerlendirilmesi

DEHB grubunda CADÖ alt ölçek puanlarının tümü kontrol grubundan anlamlı ölçüde yüksek bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18. CADÖ verileri

	DEHB				Kontrol				p
	Ort	SS	Medya n	IQR	Ort	SS	Medya an	IQR	
Davranım	7,1	4,82	5	4-11	2,97	2,51	3	3-6	< 0,001
Kokgb	2,77	1,99	2	1-4	1,10	1,06	1	0-2	0,001
Hiperaktivite	3,10	1,65	3	2-4,25	1,27	1,29	1	0-2	< 0,001
Kaygı	6,83	4,5	6	3-10	1,7	1,66	1	0-3	< 0,001
Somatik	3,78	2,67	3,5	1-6	0,53	0,94	0	0-1	< 0,001
Toplam	36,47	21,36	34	15,75- 53,75	11,23	8,49	11	3,75- 15,25	< 0,001

Mann Withney U testi

4.2.4. DSM-IV DEHB Belirti Listesi-Aile verilerinin değerlendirilmesi

DEHB grubu olguları, DSM-IV DEHB Belirti Listesi-Aile alt ölçek ve toplam puan ortalamaları bakımından değerlendirildiğinde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa sahipti ($p<0,001$) (Tablo 19).

Tablo 19. DSM-IV DEHB Belirti Listesi-Aile verileri

	DEHB				Kontrol				p
	Ort	SS	Medyan	IQR	Ort	SS	Medyan	IQR	
Dikkat Eksikliği	14,7	7,08	14,5	8,75-18,75	2,33	3,13	1	0-4	< 0,001
Hiperaktivite	14,30	9,45	11,5	6-21,25	3,47	3,99	2	0,75-5,25	< 0,001
Toplam	29	15,43	25,5	18,75-37	5,77	6,33	4	1-9,5	< 0,001

Mann Whitney U testi

4.2.5. Adolesan/Yetişkin Duyu Profili verilerinin değerlendirilmesi

AYDP verileri incelendiğinde düşük kayıt puan ortalaması DEHB grubunda 35,03, Kontrol grubunda 26,1 idi. Düşük kayıt puan ortalaması bakımından iki grup arasında anlamlı fark bulundu ($p=0,001$). Duyusal arayış puan ortalaması DEHB grubunda 44,53, kontrol grubunda 41,37 olarak bulundu. İki grup arasında duyusal arayış puanı açısından anlamlı fark yoktu ($p=0,16$). Duyusal hassasiyet ortalama puanları DEHB grubunda 39,2 ve kontrol grubunda 32,53 idi. Duyusal hassasiyet puanı bakımından iki grup arasında anlamlı fark bulundu ($p=0,02$). DEHB ve kontrol grubunda duyusal kaçınma puan ortalaması sırasıyla 39,37 ve 36,13 idi. Gruplar arasında duyusal kaçınma puanında anlamlı fark yoktu ($p=0,17$) (Tablo 20).

Tablo 20. Olguların AYDP verileri

		DEHB		Kontrol		p
		Ort	SS	Ort	SS	
AYDP	Düşük Kayıt	35,03	10,41	26,1	8,77	0,001
	Duyusal Arayış	44,53	8,64	41,37	8,59	0,16
	Duyusal Hassasiyet	39,2	10,85	32,53	10,57	0,02
	Duyusal Kaçınma	39,37	9,65	36,13	8,48	0,17

Bağımsız Gruplar T testi

DEHB grubunda klinik görünümlere göre duyu profili incelenmiştir. Düşük kayıt, duyuusal arayış, duyuusal hassasiyet ve duyuusal kaçınma puanları bakımından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 21).

Tablo 21. DEHB grubu klinik görünümlere göre AYDP verileri

	DEHB-D		DEHB-H		DEHB-B		p
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	
Düşük Kayıt	33,3	13,5	29	0	36,67	8,89	0,51
Duyusal Arayış	42,4	5,7	47,5	12,02	45,39	9,87	0,61
Duyusal Hassasiyet	40,7	11,53	36,5	0,7	38,67	11,3	0,84
Duyusal Kaçınma	36,1	8,06	46	8,48	40,4	10,38	0,33

ANOVA

Gruplarda duyuusal sorunların duyu modalitelerine göre dağılımı değerlendirilmiştir. DEHB grubunda tat/koku, dokunma, aktivite alanı ve işitsel alanda kontrol grubuna kıyasla anlamlı yükseklik bulundu ($p<0,05$). Hareket alanı ve görsel alan puanları da DEHB grubunda kontrol grubundan yüksek bulunmakla birlikte iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 22).

Tablo 22. Duyu profili verilerinin duyuusal modalitelerde dağılımı

	DEHB		Kontrol		p
	Ort	SS	Ort	SS	
Tat/koku	21,37	4,93	18,63	3,73	0,02
Hareket	20,53	5,65	18,7	4,99	0,16*
Görsel	25,03	6,1	23,3	5,72	0,26
Dokunma	33,57	7,9	28,13	6,46	0,006*
Aktivite	27,17	6,48	22,37	5,47	0,003
İşitsel	30,47	7,63	25	8,15	0,01

Bağımsız Gruplar T testi

**Mann Whitney U testi*

4.2.6. DSM-5-Kişilik Envanteri-Kısa Form verilerinin değerlendirilmesi

PID-5-BF verileri incelendiğinde DEHB grubunun tüm alt alan puanları ve toplam puan ortalamaları kontrol grubundan yüksekti. Alt alan puanları ve toplam puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı fark vardı ($p < 0,05$) (Tablo 23).

Tablo 23. PID-5-BF verileri

	DEHB				Kontrol				p
	Ort	SS	Medyan	IQR	Ort	SS	Medyan	IQR	
Olumsuz Duygulanım	6,27	3,76	5,5	3,75-8	3,97	3,14	3	3-9,9	0,007
Uzak Olma	6,17	3,32	6	3-9	3,93	2,52	4	3-4,25	0,006
Karşıtlık	4,8	3,46	5	1,75-7	2,3	1,98	2	0,75-4	0,004
Dizihibisyon	5,9	3,05	6	3-8	3,07	2,85	2	1-4,25	<0,001
Psikotizm	6,1	3,56	7	3-9	2,87	3,05	2	0-5	<0,001
Toplam	29,23	11,93	30	18,75-39,5	16,13	10,96	14	9,5-18	<0,001

Mann Whitney U testi

DEHB görünüm tiplerinde kişilik puanları incelenmiştir. Alt alan ve toplam puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 24).

Tablo 24. DEHB görünüm tiplerine göre PID-5-BF verileri

	DEHB-D		DEHB-H		DEHB-K		P
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	
Olumsuz Duygulanım	6,7	3,62	5,5	0,7	6,11	4,11	0,89
Uzak olma	6,3	3,43	8,5	3,54	5,83	3,33	0,57
Karşıtlık	3,2	2,94	4,5	2,12	5,72	3,63	0,18
Dizihibisyon	5,3	3,83	7	1,41	6,11	2,76	0,70
Psikotizm	4,9	2,92	5,5	3,53	6,83	3,86	0,39
Toplam	26,4	11,36	31	1,41	30,61	12,94	0,67

ANOVA

4.2.7. Otizm Spektrum Tarama Ölçeği verilerinin değerlendirilmesi

Olgularda otistik özelliklerin taranması için OSTÖ kullanıldı. DEHB grubunun OSTÖ toplam puan ortalamaları kontrol grubundan anlamlı ölçüde yüksek saptandı ($p<0,001$) (Tablo 25).

Tablo 25. OSTÖ verileri

	DEHB				Kontrol				p
	Ort	SS	Medyan	IQR	Ort	SS	Medyan	IQR	
OSTÖ	17,66	10,56	16	8-24	6,29	6,14	5,5	0,5-9	<0,001

Mann Whitney U testi

4.2.8. PANESS verilerinin değerlendirilmesi

Gruplarda lateralizasyon değerlendirmesi sonucu iki grup arasında göz tercihinde anlamlı fark bulunmadı ($p=0,25$). İki grupta ayak tercihi oranı aynıydı ($p=1$). El tercihi değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,607$) (Tablo 26).

Tablo 26. Gruplarda Lateralizasyon değerlendirmesinin verileri

		DEHB		Kontrol		p
		n	%	N	%	
Göz	Sağ	28	93,3	24	80	0,25
	Sol	2	6,7	6	20	
Ayak	Sağ	28	93,3	28	93,3	1
	Sol	2	6,7	2	6,7	
El	Sağ	27	90	28	93,3	0,607
	Sol	2	6,7	2	6,7	
	Karışık	1	3,3	0		

Fisher testi

Olgularda PANESS'in ilgili maddeleri kullanılarak yürüyüş, denge hata puanları ve motor persistence (sebat) puanı hesaplandı. DEHB grubunda yürüyüş ve denge hata puanı ortalamaları kontrol grubundan anlamlı ölçüde yüksek bulundu ($p<0,05$). Motor persistence (sebat) puan ortalaması DEHB grubunda kontrol grubundan yüksek bulunsa da iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,2$). (Tablo 27).

Tablo 27. PANESS verileri

	DEHB				Kontrol				p
	Ort	SS	Medyan	IQR	Ort	SS	Medyan	IQR	
Yürüyüş Hata	0,47	1,33	0	0	0	0	0	0	0,04
Denge Hata	0,47	1,52	0	0	0	0	0		0,02
Motor persistence (sebat)	0,43	1,07	0	0	0,1	0,40	0	0	0,2

Mann Whitney U testi

4.3. Korelasyon Analizleri

4.3.1. DEHB grubunda AYDP alt ölçek puanlarıyla ilişkili değişkenlerin değerlendirilmesi

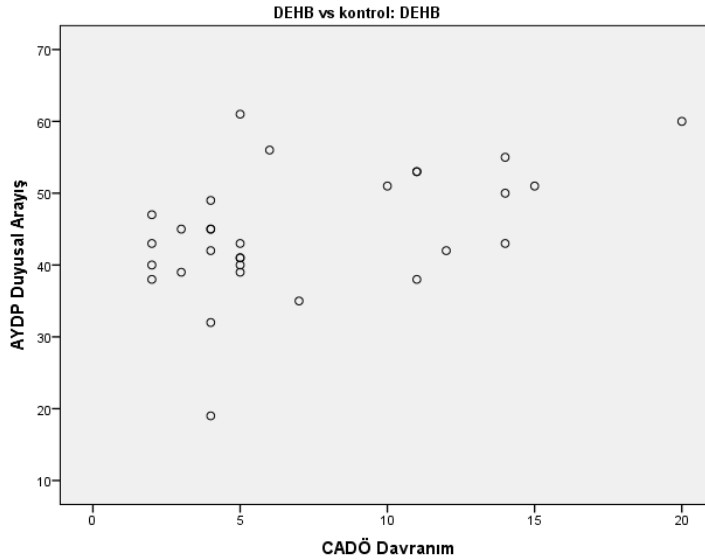
DEHB grubunda AYDP alt ölçek puanları ve CGI puanı arasında istatistiksel anlamlı bir korelasyon saptanmadı (Tablo 28).

Tablo 28. AYDP alt ölçek puanları ve CGI puanı ilişkisi

	DEHB	
	rho	P
Düşük kayıt	0,247	0,188
Duyusal arayış	0,274	0,14
Duyusal hassasiyet	0,07	0,69
Duyusal kaçınma	0,52	0,79

Spearman testi

DEHB grubunda CADÖ davranım sorunu alt ölçeği puanları ile AYDP duyusal arayış alt ölçek puanları arasında orta derecede pozitif yönde korelasyon bulundu ($\rho=0,426$, $p = 0,02$) (Şekil 1).



Şekil 1. DEHB grubunda CADÖ davranım sorunumu ile AYDP duyusal arayış korelasyonu

DEHB grubunda AYDP alt ölçek puanlarının ergenin yaşıyla ilişkisi incelendi. AYDP alt ölçek puanlarıyla yaş arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı (Tablo 29).

Tablo 29. AYDP alt ölçek puanları ile yaş arasındaki ilişki

	Düşük Kayıt		Duyusal Arayış		Duyusal Hassasiyet		Duyusal Kaçınma	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Yaş	0,17	0,369	-0,006	0,974	0,197	0,297	0,006	0,975

Pearson korelasyon testi

DEHB grubunda AYDP alt ölçek puanlarıyla PID-5-BF toplam puan ve alt alan puanlarının korelasyonuna bakıldı. Düşük kayıt puanı ile olumsuz duygulanım ($r=0,576$, $p=0,001$), psikotizm ($r=0,524$, $p=0,003$) ve toplam puan ($r=0,549$, $p=0,002$) arasında orta derecede pozitif yönde korelasyon saptandı. Duyusal arayış puanı ile dizinhibisyon puanı ($r=0,408$, $p=0,025$) ve toplam puan ($r=0,457$, $p=0,011$) arasında orta derecede, psikotizm puanı ($r=0,363$, $p=0,049$) ile arasında düşük orta derecede pozitif yönde korelasyon bulundu. Duyusal hassasiyet puanı ile olumsuz duygulanım ($r=0,492$, $p=0,006$), uzak olma ($r=0,426$, $p=0,019$), dizinhibisyon ($r=0,526$, $p=0,003$) ve psikotizm ($r=0,502$, $p=0,005$) puanı arasında orta derecede ve toplam puan ($r=0,602$, $p<0,001$) arasında iyi derecede pozitif yönde korelasyon bulundu. Duyusal kaçınma puanı ile karşıtlık ($r=0,454$, $p=0,012$) ve toplam puan ($r=0,561$, $p<0,001$) arasında orta derecede, dizinhibisyon puanı ($r=0,373$, $p=0,042$) arasında düşük orta derecede, psikotizm puanı ($r=0,604$, $p<0,001$) arasında iyi derecede pozitif yönde korelasyon bulundu. (Tablo 30).

Tablo 30. AYDP alt ölçek puanları ile PID-5-BF alt alan ve toplam puanları arasındaki ilişki

	Düşük Kayıt		Duyusal Arayış		Duyusal Hassasiyet		Duyusal Kaçınma	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Olumsuz Duygulanım	0,576	0,001	0,2	0,289	0,492	0,006	0,22	0,244
Uzak olma	0,240	0,202	0,358	0,052	0,426	0,019	0,301	0,106
Karşıtlık	0,247	0,188	0,282	0,132	0,153	0,420	0,454	0,012
Dizinhibisyon	0,284	0,122	0,408	0,025	0,526	0,003	0,373	0,042
Psikotizm	0,524	0,003	0,363	0,049	0,502	0,005	0,604	<0,001
Toplam	0,549	0,002	0,457	0,011	0,602	<0,001	0,561	<0,001

Pearson korelasyon testi

4.4. Regresyon Analizleri

AYDP alt ölçek puanları PID-5-BF toplam kişilik puanının yordanabilirliğini analiz etmek amacıyla doğrusal regresyon analizinde kullanıldı.

Analiz sonucunda AYDP Düşük kayıt puanı ile PID-5-BF toplam puanı arasındaki ilişki ($R = 0,549$, $R^2 = 0,301$) anlamlı bulundu [$F = 12,084$, $p = 0,002$]. Regresyon katsayısının anlamlılık testi değerlendirildiğinde, yordayıcı değişkenin PID-5-BF toplam puanı üzerinde anlamlı yordayıcı olduğu saptandı (Tablo 31).

Tablo 31. DEHB grubunda PID-5-BF toplam puanının yordanan, AYDP-Düşük kayıt puanının yordayıcı değişken olarak ele alındığı basit doğrusal regresyon analizi sonuçları

Değişken	B	Standart Hata	β	t	p
Sabit	7,194	6,605		1,089	0,285
AYDP–Düşük Kayıt	0,629	0,181	0,549	3,476	0,002
R = 0,549 R² = 0,301 F = 12,084 p = 0,002					

AYDP Duyusal arayış puanı ile PID-5-BF toplam puanı arasındaki ilişki ($R = 0,457$, $R^2 = 0,209$) anlamlı bulundu [$F = 7,401$, $p = 0,011$]. Regresyon katsayısının anlamlılık testi değerlendirildiğinde, yordayıcı değişkenin PID-5-BF toplam puanı üzerinde anlamlı yordayıcı olduğu saptandı (Tablo 32).

Tablo 32. DEHB grubunda PID-5-BF toplam puanının yordanan, AYDP–Duyusal Arayış puanının yordayıcı değişken olarak ele alındığı basit doğrusal regresyon analizi sonuçları

Değişken	B	Standart Hata	β	t	p
Sabit	1,121	10,520		0,107	0,916
AYDP–Duyusal arayış	0,631	0,232	0,457	2,721	0,011
R = 0,457 R² = 0,209 F = 7,401 p = 0,011					

AYDP Duyusal hassasiyet puanı ile PID-5-BF toplam puan arasındaki ilişki ($R = 0,602$, $R^2 = 0,363$) anlamlı bulundu [$F=15,955$, $p<0,001$]. Regresyon katsayısının anlamlılık testi değerlendirildiğinde, yordayıcı değişkenin PID-5-BF toplam puanı üzerinde anlamlı yordayıcı olduğu saptandı (Tablo 33).

Tablo 33. DEHB grubunda PID-5-BF toplam puanının yordanan, AYDP Duyusal hassasiyet puanının yordayıcı değişken olarak ele alındığı basit doğrusal regresyon analizi sonuçları

Değişken	B	Standart Hata	β	t	p
Sabit	3,241	6,744		0,481	0,635
AYDP–Duyusal hassasiyet	0,663	0,166	0,602	3,994	0,000
R = 0,602 R² = 0,363 F = 15,955 p = 0,000					

AYDP Duyusal kaçınma puanı ile PID-5-BF toplam puan arasındaki ilişki ($R = 0,561$, $R^2 = 0,314$) anlamlı bulundu [$F = 12,828$, $p=0,001$]. Regresyon katsayısının anlamlılık testi değerlendirildiğinde, yordayıcı değişkenin PID-5-BF toplam puanı üzerinde anlamlı yordayıcı olduğu saptandı (Tablo 34).

Tablo 34. DEHB grubunda PID-5-BF toplam puanının yordanan, AYDP-Duyusal kaçınma puanının yordayıcı değişken olarak ele alındığı basit doğrusal regresyon analizi sonuçları

Değişken	B	Standart Hata	β	t	p
Sabit	1,943	7,838		0,248	0,806
AYDP–Duyusal kaçınma	0,693	0,194	0,561	3,582	0,001
R = 0,561 R² = 0,314 F = 12,828 p = 0,001					

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde DSM-5 tanı ölçütlerine göre ilk kez DEHB tanısı alan ve DEHB tanısı olup en az son 1 haftadır ilaç tedavisi almayan 11-17 yaş arasındaki ergenlerle aynı yaş grubundaki sağlıklı ergenlerin; sosyodemografik özellikleri, zeka düzeyleri, duyu profilleri, kişilik özellikleri, silik nörolojik bulguları ve otistik özellikleri değerlendirildi ve gruplar birbiriyle karşılaştırıldı. Ayrıca DEHB grubunda duyu profilinin kişilik özellikleriyle ilişkisi araştırıldı. Elde edilen veriler güncel literatür eşliğinde tartışıldı.

5.1. Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirme

DEHB ve kontrol grubu arasında yaş ortalaması ve cinsiyet dağılımı bakımından istatistiksel fark yoktu. Fakat her iki grupta erkeklerin sayısı kızların sayısından fazlaydı. Literatüre bakıldığında erkeklerin kızlara göre daha yüksek oranda DEHB tanısı aldığı bilinmektedir. Toplum tabanlı çalışmalarda erkek:kız oranı yaklaşık 2: 1'dir, klinik örneklemler çalışmalardaysa bu oran 3 ila 5: 1 ve hatta 9: 1'e kadar çıkabilmektedir. Bu durum kızlarda daha çok dikkat problemleri ve internalizan problemler görülürken, erkeklerde daha çok yıkıcı davranışlar görülüp erkeklerin klinik başvurularının daha çok olmasıyla açıklanmaktadır (24).

Gruplar gelişim basamakları açısından incelendiğinde, DEHB grubunda ilk kelime söyleme, ilk cümle kurma, yürümeye başlama zamanı ve tuvalet eğitiminin tamamlandığı zaman kontrol grubundan daha geçti. Ancak iki grup arasında istatistiksel anlamlı bir fark yoktu. Gurevitz ve arkadaşları DEHB'li çocuklarda erken dönemde motor ve dil gelişiminde gecikme olduğunu bildirmiştir (108).

DEHB grubu görünümüne açısından incelendiğinde olguların % 60'ı DEHB-Bileşik görünüm, % 33,3'ü DEHB-Dikkatsizliğin önde geldiği görünüm, % 6,7'si DEHB Hiperaktivite/Dürtüselliğin önde geldiği görünüm idi. Bizim çalışmamızla uyumlu olarak DEHB'de klinik başvurunun en çok bileşik görünümde olduğu bildirilmiştir (1).

Gruplarda doğum zamanı, doğum şekli ve prenatal, perinatal ve postnatal komplikasyonlar varlığı değerlendirildiğinde iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

Olguların anne sütü alım süresi, bakım vereninin kim olduğu ve okul öncesi eğitim alıp almadığına bakıldığında DEHB ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Anne ve baba yaş ortalaması ve birliktelik durumlarına bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark yoktu. Anne ve baba eğitim düzeyi incelendiğinde, anne eğitim düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Baba eğitim düzeyi ise kontrol grubunda daha yüksek olup iki grup arasında anlamlı fark vardı. DEHB’li çocukların ebeveynlerinde DEHB riskinde 2 ila 8 kat artış bildirmiştir (43). Baba eğitim düzeyinin DEHB grubunda daha düşük olması; ebeveynlerde DEHB riskinin artışından ve bu durumun olumsuz akademik sonuçlara sebep olmasından kaynaklanmış olabilir.

Evde yaşayan kişi sayısı bakımından gruplar arasında fark yoktu. DEHB grubunda kişi başına düşen aylık gelir düzeyi kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak düşüktü. Literatür incelendiğinde, düşük sosyoekonomik düzeyin çocuklukta DEHB riskini artırdığı bildirilmiştir (109)

Olguların çekirdek ailelerindeki kişilerde psikiyatrik yakınma olup olmadığına bakıldığında, DEHB grubunda psikiyatrik yakınmanın daha yüksek oranda olduğu görüldü. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Olguların çekirdek ailelerindeki kişilerde psikiyatri başvurusu olup olmadığına bakıldığında yine DEHB grubunda daha yüksek oran saptandı. Psikiyatri başvurusu bakımından iki grup arasındaki fark anlamlıydı. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde artmış oranda psikopatoloji olduğu bilinmektedir (110). Şimşek ve arkadaşlarının çalışmasında DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla DEHB belirtileri ve psikiyatrik belirtiler olduğu bulunmuştur (111).

5.2. Ölçeklerden ve Yapılan Testlerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi

DEHB ve kontrol grubunun zihinsel değerlendirmeleri sonucunda her iki grubun da zeka seviyesinin normal sınırlarda olduğu saptandı. Kontrol grubu sözel, performans ve toplam zeka puanları olmak üzere üç zeka puanı türünde DEHB grubundan daha yüksek puan aldı. İki grup arasında sözel ve toplam zeka puanlarında anlamlı fark bulundu. Zambrano-Sanchez ve arkadaşlarının DEHB tanılı çocuklar ve sağlıklı kontrollerin zeka seviyesini karşılaştırdığı bir çalışmada, iki grupta da zeka puanlarının normal aralıkta olduğu ancak DEHB grubunda performans ve toplam zeka puanlarının kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır (112). DEHB’li çocuklarda performans puanlarının, dikkat gerektiren alt testler daha fazla olması nedeniyle, sözel puanlarına göre daha düşük olduğu sıkça bildirilmiştir (113) Ancak böyle bir farkın olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (114, 115).

DEHB ve kontrol grubundaki ergenlerde duyuşal işleme zorluklarının varlığı AYDP ile değerlendirildi. DEHB grubunda duyuşal işleme zorlukları kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde daha fazla bulundu. Bu bulgu DEHB tanılı çocuklarda duyuşal işleme sorunlarını araştıran önceki çalışmalarla uyumludur (4, 6, 116). Literatür tarandığında DEHB’li ergenlerde duyuşal işleme sorunlarını araştıran çalışmaya rastlanmamış olup çalışma gruplarının daha çok küçük çocuklardan oluştuğı görülmüştür (72, 75, 117).

DEHB’li çocuklarda duyuşal işleme bozukluğunun varlığını çeşitli değerlendirme araçlarıyla araştıran çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Yochman ve arkadaşları 4-6 yaş arası DEHB’li ve sağlıklı çocukların bulunduğu olguları Duyu Profili Anketi ile değerlendirmiştir. Bu çalışmanın sonucunda DEHB tanılı olgularda anlamlı olarak daha fazla duyuşal işleme sorunu olduğu ve bunun da hiperaktivite puanıyla pozitif yönde ilişkisi olduğu bildirilmiştir (75). Başka bir çalışmada 8-11 yaş aralığındaki DEHB’li ve sağlıklı çocuklardan oluşan iki grup Kısa Duyu Profili ölçeğı ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada DEHB grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha fazla duyuşal işleme bozukluğı olduğu bulunmuştur (118).

Bijlenga ve arkadaşlarının 116 DEHB'li erişkin hastayı AYDP ile değerlendirdikleri bir çalışmada hastaların Düşük kayıt, Duyusal hassasiyet ve Duyusal kaçınma puanlarında sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı yükseklik olduğu bildirilmiştir (119). Bizim çalışmamızda da DEHB grubunda Düşük kayıt, Duyusal arayış, Duyusal hassasiyet ve Duyusal kaçınma ortalama puanları kontrol grubundan yüksek olmakla birlikte iki grup arasında anlamlı fark; Düşük kayıt ve Duyusal hassasiyet puanlarında görüldü.

Panagiotidi ve arkadaşları bir üniversiteden 234 katılımcının bulunduğu genel popülasyonda duyusal zorluklar ve DEHB özelliklerinin ilişkisini araştırmıştır. Bu çalışmaya göre DEHB özelliklerinin sayısı ile duyusal zorluk sıklığı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu sonuç duyusal alanda artmış ya da azalmış duyarlılığın; DEHB'li ya da yüksek DEHB özellikleri taşıyan bireylerde gözlenen davranışsal belirtilerin bazılarını (örn., kolay çelenebilirlik) açıklayabileceğini düşündürmüştür (77). Duyusal hassasiyetin DEHB fenotipinin bir parçası olabileceği bildirilmiştir. Aynı çalışmada duyusal belirtilerin başarılı bir şekilde tedavi edilmesiyle, bazı DEHB belirtilerinin azaltılabileceği öne sürülmüştür.

Çalışmamızda DEHB grubu DEHB görünüm tiplerine göre AYDP puanları açısından incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Engel-Yeger ve arkadaşlarının 6-10 yaş arası DEHB tanılı erkek çocukları değerlendirdiği çalışmada; dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik baskın alt grupların her ikisinde de duyusal işleme zorlukları olduğu, ancak bizim çalışmamızda bulunduğu gibi gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (76).

DEHB grubunda AYDP alt ölçek puanlarının ergenin yaşıyla ilişkisi incelendiğinde anlamlı bir korelasyon saptanmadı. Literatüre bakıldığında Duyusal işleme sorunlarının yaşla ilişkisini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır (120). Cheung ve arkadaşları OSB, DEHB tanılı ve sağlıklı çocukların bulunduğu geniş bir örneklemede duyu profili ölçeğini kullanarak duyusal işleme yapılarını araştırmıştır. Bu çalışmada DEHB'li çocuklarda yaş arttıkça özellikle işitsel alanda olmak üzere duyusal işleme sorunlarında artış olduğu saptanmıştır. Tersine duyusal işleme sorunlarının adaptif olarak yaşla birlikte azalacağını gösteren çalışmalar da vardır (121).

DEHB grubunda AYDP alt ölçek puanları ve CGI puanı arasında istatistiksel anlamlı bir korelasyon saptanmadı. 116 DEHB tanılı erişkin hastanın AYDP ile değerlendirildiği bir çalışmada duyuşal azalmış veya artmış duyarlılığın; DEHB hastalık şiddetinin artışı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (119). Duyusal işleme sorunlarına yönelik erken dönemde müdahale olmamasının yetişkinlikte DEHB hastalık şiddetinin artışına sebep olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda DEHB grubunda CADÖ davranım sorunu alt ölçeği puanları ile AYDP duyuşal arayış alt ölçek puanları arasında pozitif yönde korelasyon saptandı. Duyusal işleme zorluklarıyla davranış sorunlarının ilişkisi araştıran çalışmalar bulunmaktadır (122). Kısa duyu profili kullanılan bir çalışmada eksternalizan davranışlarla en güçlü ilişki duyuşal arayış arasında bulunmuştur (123). Bu bulgu çalışmamızdaki bulguyla uyumludur.

Mimouni-Bloch ve arkadaşları yakın zamanlı bir çalışmada DEHB’li çocuklarda duyuşal modülasyon sorunları olan alt grubu ve bu grupta duyuşal modülasyon sorunlarının günlük faaliyetler ve işlevsellikle ilişkisini araştırmıştır. Bu çalışmada DEHB’li çocuklarda duyuşal modülasyon sorunu oranı kontrol grubundan daha fazla bulunmuştur. DEHB’lilerde duyuşal modülasyon sorunlarının günlük faaliyet zorluklarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (118). Başka bir çalışmada DEHB’li çocuklarda duyuşal işleme zorluklarının, bu çocukların boş zaman aktivitelerine katılmalarını olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir. Özellikle koku, işitsel ve görsel alanlarda hassasiyet, işitsel filtrelemedeki zorluklar ve düşük enerji seviyesi, sosyal aktivitelere katılmaya isteksizlik düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. DEHB’li çocukların yeteneklerine, gereksinimlerine ve tercihlerine odaklanmanın yanı sıra müdahale başarısını, çocuğun iyilik halini ve akranlarıyla ilişkilerini geliştirmek için değerlendirme ve müdahale programlarında duyuşal işleme bozukluklarının dikkate alınması gerektiği bildirilmiştir (76).

OSB’li bireylerde duyuşal işleme zorlukları çalışmalarda sıkça bildirilmiştir. DSM-5’te de belirtildiği gibi OSB’li bireylerde duyuşal hiposensitivite ve hipersensitivite görülebilmektedir (14). De la Marche ve arkadaşları 80 OSB’li ergen, 56 sağlıklı kardeşi ve 33 sağlıklı kontrol olgularından oluşan grupları AYDP ile değerlendirmiştir. OSB’lilerde kontrol grubuna kıyasla atipik duyuşal işleme

olduğu bildirilmiştir (124). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada DEHB ve OSB’de benzer duyuşal işleme yapılarının olduğu bulunmuştur (125). Bilindiği gibi DEHB ve OSB nörögelişimsel hastalıklardır ve bu iki hastalık sıklıkla birlikte görölmektedir (126, 127). Gelecekteki alışmalar, duyuşal hassasiyetin potansiyel olarak kısmen bu birlikteliği açıklayabileceği modellere ağırlık verebilecektir.

Çalışmamızda olgularda otistik özelliklerin taranması için OSTÖ kullanıldı. DEHB grubunun OSTÖ toplam puan ortalamaları kontrol grubundan anlamlı ölçüde yüksek saptandı. DEHB’li çocuklarda otistik özelliklerin sağlıklı kontrollerden daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (128, 129). Robertson ve arkadaşları genel popölyasyonda otistik özelliklerle duyuşal hassasiyetin ilişkisini araştırmıştır. 212 erişkin bireyin Sosyal İletişim Ölçeği (SCQ) ve Glasgow Duyu Ölçeği (Glasgow Sensory Questionary) ile değerlendirilmesi sonucu otistik özellik sayısı ile duyuşal işleme sorunları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır (130). Bizim alışmamızda otistik özellikler ile AYDP puanları arasında korelasyon bulunmadı.

DEHB ve kontrol grubunda PID-5-BF puanlarına bakıldı. DEHB grubunun tüm alt alan puanları (Olumsuz duygulanım, Uzak olma, Karşıtlık, Dizinhibisyon, Psikotizm) ve toplam puan ortalamaları kontrol grubundan yüksek olup iki grup arasında anlamlı fark bulundu. Ergenlikte kişilik patolojisinin değerlendirilmesi önemlidir. Çünkü ergen popölyasyonunda klinik olarak önemli olabilecek duyu düzenleyememe ve eksternalizan davranış varlığında kişilik gelişimindeki zorluklar genelde yanlış tanı alır veya gelişimsel olarak uygun olduğu düşünölererek gözden kaırılır (131). Literatür incelendiğinde DEHB’de kişilik özelliklerini araştıran çalışmalar bulunmaktadır (132, 133). Çocuklukta DEHB tanısı varlığının geç ergenlikte kişilik bozukluğu gelişimi için riski artırdığı bildirilmiştir (134).

Miller ve arkadaşları Revize NEO Kişilik Envanterini kullanarak, DEHB’li ergenlerde kontrollerden anlamlı şekilde yüksek nörotisizm ve düşük yumuşakbaşlılık olduğunu bildirmiştir (92). Yetişkin DEHB’lilerde 5 Faktör Modeline göre kişilik özelliklerini araştıran bir çalışmada DEHB’lilerde sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı olarak yüksek nörotisizm, düşük dışadönöklük, düşük yumuşakbaşlılık ve düşük vicdanlılık saptanmıştır (135). DSM-5’teki kişilik bozukluklarını yeniden kavramsallaştırmak için önerilen boyutsal özellik

yaklaşımına göre, daha önceki modellerde yer alan kişilik özelliklerinden olumsuz duygulanımın nörotizme, uzak olmanın düşük dışadönüklüğe, karşıtlığın düşük yumuşakbaşlılığa, dizinhibisyonun düşük vicdanlılığa ve psikotizmin açıklığa benzer olduğu bildirilmiştir (136). Bu veriler doğrultusunda bulgularımızın mevcut literatürle uyumlu olduğu düşünülebilir. Bildiğimiz kadarıyla çalışmamız DEHB'li ergenlerde kişilik özelliklerini incelemek için klinik ortamda PID-5-BF'yi değerlendirme aracı olarak kullanan ilk çalışmadır.

DEHB görünüm tiplerine göre kişilik puanları incelendiğinde alt alan ve toplam puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı.

DEHB grubunda AYDP alt ölçek puanlarıyla PID-5-BF toplam puan ve alt alan puanlarının korelasyonuna bakıldı. Düşük kayıt puanı ile toplam puan arasında orta derecede pozitif yönde korelasyon saptandı. Duyusal arayış puanı ile toplam puan arasında orta derecede pozitif yönde korelasyon bulundu. Duyusal hassasiyet puanı ile toplam puan arasında iyi derecede pozitif yönde korelasyon bulundu. Duyusal kaçınma puanı ile toplam puan arasında orta derecede pozitif yönde korelasyon bulundu.

Çalışmalarda duyuşsal hassasiyeti olan bireylerin daha yüksek düzeyde sosyal içe dönüklük, utangaçlık ve sosyal rahatsızlık özellikleri ile karakterize olduğu gösterilmiştir (137, 138).

Gruplarda lateralizasyon değerlendirmesi sonucu iki grup arasında göz tercihinde anlamlı fark bulunmadı. İki grupta ayak tercihi oranı aynıydı. El tercihi değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.

Olgularda silik nörolojik bulguların araştırılması için PANESS'in ilgili maddeleri kullanılarak yürüyüş, denge hata puanları ve motor persistence (sebat) puanı hesaplandı. DEHB grubunda yürüyüş ve denge hata puanı ortalamaları kontrol grubundan anlamlı ölçüde yüksek bulundu. Motor persistence (sebat) puan ortalaması DEHB grubunda kontrol grubundan yüksek bulunsada iki grup arasında anlamlı farklılık yoktu. Çalışmalarda DEHB'li çocuklarda silik nörolojik bulguların sağlıklı kontrollerden daha fazla olduğu bildirilmiştir (139). DEHB'li çocuklarda bizim çalışmamızla uyumlu olarak denge sorunlarının arttığı bildirilmiştir (100, 140).

Isaac ve arkadaşları DEHB tanılı çocuklardan ve sağlık kontrollerden oluşan gruplarda dinamik yürüyüş indeksi ve bilgisayarlı posturografi kullanarak yürüyüş ve denge değerlendirmesi yapmıştır. Çalışmanın sonucunda DEHB'li çocuklarda anormal yürüyüş ve denge performansı saptanmıştır (141). Denge görsel, vestibüler ve somatosensöriyel sistemlerden bazı duyuşal bilgiler gerektirir. Bu nedenle, denge bozukluğu, üç sistemin her birinin işlevsizliğinden ya da duyuşal işleme sorunundan kaynaklanıyor olabilir. Bizim çalışmamızda AYDP ile denge hata puanı arasında korelasyon saptanmadı.

DEHB grubunda PID-5-BF toplam kişilik puanına etki eden faktörlerin basit lineer regresyon analizi yapıldı. AYDP Düşük kayıt puanı ile PID-5-BF toplam kişilik puanı arasında anlamlı ilişki bulundu. AYDP Duyusal arayış puanı ile PID-5-BF toplam kişilik puanı arasında anlamlı ilişki bulundu. AYDP Duyusal hassasiyet puanı ile PID-5-BF toplam kişilik puanı arasında anlamlı ilişki bulundu. AYDP Duyusal kaçınma puanı ile PID-5-BF toplam kişilik puanı arasında anlamlı ilişki bulundu. Bulgularımız kişilik işlev bozukluğuyla duyuşal işleme sorunlarının ilişkili olduğunu göstermektedir.

Kısıtlılıklar

Çalışmamızın önemli kısıtlılıklarından biri örneklem sayısının az olmasıdır. Diğer bir kısıtlılık olgularda duyuşal işleme sorunlarının öz bildirim anketleriyle değerlendirilmesidir. Bulgularımızın daha objektif ölçüm araçlarıyla tekrar edilmesi daha anlamlı sonuçlar sağlayacaktır.

6. SONUÇLAR

Çalışmamızda ilk kez DEHB tanısı alan ve DEHB tanısı olup en az son 1 haftadır ilaç tedavisi almayan 11-17 yaş arasındaki ergenlerle aynı yaş grubundaki sağlıklı ergenlerin; duyu profilleri ve kişilik özellikleri değerlendirildi ve gruplar birbiriyle karşılaştırıldı. Ayrıca DEHB grubunda duyu profilinin kişilik özellikleriyle ilişkisi araştırıldı.

Olgularda duyuşal işleme zorluklarının varlığı AYDP ile değerlendirildiğinde, DEHB grubunda duyuşal işleme zorlukları kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde daha fazla bulundu. DEHB grubunda Düşük kayıt, Duyusal arayış, Duyusal hassasiyet ve Duyusal kaçınma ortalama puanları kontrol grubundan yüksek olmakla birlikte iki grup arasında anlamlı fark; Düşük kayıt ve Duyusal hassasiyet puanlarında görüldü.

DEHB grubunda AYDP alt ölçek puanları ve CGI hastalık şiddeti puanı arasında istatistiksel anlamlı bir korelasyon saptanmadı.

DEHB ve kontrol grubunda PID-5-BF puanlarına bakıldığında DEHB grubunun tüm alt alan puanları (Olumsuz duygulanım, Uzak olma, Karşıtlık, Dizinhibisyon, Psikotizm) ve toplam puan ortalamaları kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulundu.

DEHB grubunda AYDP alt ölçek puanlarıyla PID-5-BF toplam puan korelasyonlarına bakıldığında tüm alt ölçek puanlarının toplam kişilik puanıyla pozitif yönde korele olduğu saptandı.

DEHB grubunda PID-5-BF toplam kişilik puanına etki eden faktörlerin basit lineer regresyon analizi yapıldı. AYDP alt ölçekler puanlarının her biri ile PID-5-BF toplam kişilik puanı arasında anlamlı ilişki bulundu.

DEHB tanılı ergenlerin, belirtilere eşlik edebilecek ancak dile getirilmeyen duyuşal işleme sorunları açısından ele alınması hastalığın bütüncül olarak anlaşılmasına olanak tanıyacaktır. Duyusal işleme sorunlarının saptanması, bu sorunların ergenin kişilik yapılanmasına etkisi bakımından da oldukça önem taşımaktadır.

Bulunduğu ortama ilişkin veya kendi bedeninden gelen duyuşal uyanların birey tarafından nasıl işlenip ele alındığı bir anlamda kişilik yapılanması ve bireysel yanıtların şekillenmesine de hizmet etmektedir. Buradan yola çıkarak yakın gelecekte, hastalık fenomenolojisine eşlik eden duyuşal modalitelerin farklılaştırılması tedavi modellerini de yeniden düşünmemize yardımcı olacaktır.

7. REFERANSLAR

1. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*. 2012;9(3):490-9.
2. Humphry R. Young children's occupations: Explicating the dynamics of developmental processes. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2002;56(2):171-9.
3. Miller LJ, Anzalone ME, Lane SJ, Cermak SA, Osten ET. Concept evolution in sensory integration: A proposed nosology for diagnosis. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2007;61(2):135.
4. Mangeot SD, Miller LJ, McIntosh DN, McGrath-Clarke J, Simon J, Hagerman RJ, et al. Sensory modulation dysfunction in children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Developmental medicine and child neurology*. 2001;43(6):399-406.
5. Parush S, Sohmer H, Steinberg A, Kaitz M. Somatosensory function in boys with ADHD and tactile defensiveness. *Physiology & Behavior*. 2007;90(4):553-8.
6. Dunn W, Bennett D. Patterns of sensory processing in children with attention deficit hyperactivity disorder. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 2002;22(1):4-15.
7. Taymur İ, Hakan Türkçapar M. Kişilik: Tanımı, Sınıflaması ve Değerlendirmesi. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar*. 2012;4(2).
8. Cho S-C, Kim B-N, Kim J-W, Rohde LA, Hwang J-W, Chung D-S, et al. Full syndrome and subthreshold attention-deficit/hyperactivity disorder in a Korean community sample: comorbidity and temperament findings. *European child & adolescent psychiatry*. 2009;18(7):447-57.
9. McIntosh DE, Cole-Love AS. Profile comparisons between ADHD and non-ADHD children on the temperament assessment battery for children. *Journal of Psychoeducational Assessment*. 1996;14(4):362-72.
10. Yoo HJ, Kim M, Ha JH, Chung A, Sim ME, Kim SJ, et al. Biogenetic temperament and character and attention deficit hyperactivity disorder in Korean children. *Psychopathology*. 2006;39(1):25-31.

11. Downey KK, Stelson FW, Pomerleau OF, Giordani B. Adult attention deficit hyperactivity disorder: Psychological test profiles in a clinical population. *The Journal of nervous and mental disease.* 1997;185(1):32-8.
12. Jacob CP, Romanos J, Dempfle A, Heine M, Windemuth-Kieselbach C, Kruse A, et al. Co-morbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience.* 2007;257(6):309-17.
13. Ranssen JD, Campbell DA, Baer RA. NEO PI-R profiles of adults with attention deficit disorder. *Assessment.* 1998;5(1):19-24.
14. Association, A.P., APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 5.
15. P S. *Fearful Stories and Vile Pictures to Instruct Good Little Folks/Stories* by Heinrich Hoffman. Venice, CA, Feral House. 1999.
16. Still GF. The Goulstonian lectures on some abnormal psychical conditions in children. *The Lancet* 1. 1902:1008–12, 77–82, 163–168.
17. Neumärker K-J. *The Kramer-Pollnow Syndrome: a contribution on the life and work of Franz Kramer and Hans Pollnow.* History of Psychiatry 2005.
18. Strauss AAL, L.E. *Psychopathology and Education of the Brain-Injured Child.* Grune & Stratton, New York. 1947.
19. Mariussen E, Fonnum F. Neurochemical targets and behavioral effects of organohalogen compounds: an update. *Critical reviews in toxicology.* 2006;36(3):253-89.
20. Goksugur SB, Tufan AE, Semiz M, Gunes C, Bekdas M, Tosun M, et al. Vitamin D status in children with attention-deficit–hyperactivity disorder. *Pediatrics International.* 2014;56(4):515-9.
21. *Rutters Child and Adolescent Psychiatry.* Anita Thapar and Daniel S. Pine, James F. Leckman, Stephen Scott, Margaret J. Snowling, Eric Taylor. – Sixth edition.
22. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American journal of psychiatry.* 2007;164(6):942-8.
23. Faraone SV, Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *Journal of attention disorders.* 2005;9(2):384-91.

24. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook, 5th edition.
25. Ercan ES, Polanczyk G, Akyol Ardic U, Yuce D, Karacetin G, Tufan AE, et al. The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nordic journal of psychiatry*. 2019;1-9.
26. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*. 2005;57(11):1313-23.
27. L H. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Saddock BJ, Saddock VA, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. USA: Lippincott Williams & Wilkins. 2679-2692. 2005.
28. Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SV. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;39(11):1432-7.
29. Li Z, Chang S-h, Zhang L-y, Gao L, Wang J. Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes: a review. *Psychiatry research*. 2014;219(1):10-24.
30. Gizer IR, Ficks C, Waldman ID. Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Human genetics*. 2009;126(1):51-90.
31. Kieling C, Goncalves RR, Tannock R, Castellanos FX. Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2008;17(2):285-307.
32. Swanson JM, Kinsbourne M, Nigg J, Lanphear B, Stefanatos GA, Volkow N, et al. Etiologic subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: brain imaging, molecular genetic and environmental factors and the dopamine hypothesis. *Neuropsychology review*. 2007;17(1):39-59.
33. Taylor E, Sonuga-Barke E. Disorders of attention and activity. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. 2008:521-42.
34. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, et al. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Jama*. 2002;288(14):1740-8.

35. Ellison-Wright I, Ellison-Wright Z, Bullmore E. Structural brain change in attention deficit hyperactivity disorder identified by meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2008;8(1):51.
36. Valera EM, Faraone SV, Murray KE, Seidman LJ. Meta-analysis of structural imaging findings in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*. 2007;61(12):1361-9.
37. Batty MJ, Liddle EB, Pitiot A, Toro R, Groom MJ, Scerif G, et al. Cortical gray matter in attention-deficit/hyperactivity disorder: a structural magnetic resonance imaging study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2010;49(3):229-38.
38. Motavalli N. EE. Nörogelişimsel Bozukluklar2018.
39. Pennington BF, Ozonoff S. Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry*. 1996;37(1):51-87.
40. Lezak MD, Howieson DB, Loring DW, Fischer JS. *Neuropsychological assessment*: Oxford University Press, USA; 2004.
41. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*. 1997;121(1):65.
42. JT N. Attention-deficit/Hyperactivity disorder: In: *Child Psychopathology*. Mash EJ, Barkley RA (ed). 3rd ed. Guilford Press, New York, pp:75-145. 2014.
43. Banerjee TD, Middleton F, Faraone SV. Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta paediatrica*. 2007;96(9):1269-74.
44. Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM, Anand K. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *Jama*. 2002;288(6):728-37.
45. Langlely K, Rice F, Thapar A. Maternal smoking during pregnancy as an environmental risk factor for attention deficit hyperactivity disorder behaviour. A review. *Minerva pediatrica*. 2005;57(6):359-71.
46. Linnet KM, Dalsgaard S, Obel C, Wisborg K, Henriksen TB, Rodriguez A, et al. Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160(6):1028-40.

47. Hack M, Youngstrom EA, Cartar L, Schluchter M, Taylor HG, Flannery D, et al. Behavioral outcomes and evidence of psychopathology among very low birth weight infants at age 20 years. *Pediatrics*. 2004;114(4):932-40.
48. Mick E, Biederman J, Prince J, Fischer MJ, Faraone SV. Impact of low birth weight on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2002;23(1):16-22.
49. Atladóttir HÓ, Parner ET, Schendel D, Dalsgaard S, Thomsen PH, Thorsen P. Variation in incidence of neurodevelopmental disorders with season of birth. *Epidemiology*. 2007;18(2):240-5.
50. McCann D, Barrett A, Cooper A, Crumpler D, Dalen L, Grimshaw K, et al. Food additives and hyperactive behaviour in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community: a randomised, double-blinded, placebo-controlled trial. *The Lancet*. 2007;370(9598):1560-7.
51. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;39(12):1468-84.
52. Larson K, Russ SA, Kahn RS, Halfon N. Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics*. 2011;127(3):462-70.
53. TUFAN AE. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü. *Türkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics*. 2015;1(1):49-54.
54. Pennington BF. *The development of psychopathology: Nature and nurture*: Guilford Press; 2002.
55. IACAPAP *Textbook of Child and Adolescent Mental Health*.
56. Findling RL. Evolution of the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children: a review. *Clinical therapeutics*. 2008;30(5):942-57.
57. Wietecha LA, Ruff DD, Allen AJ, Greenhill LL, Newcorn JH. Atomoxetine tolerability in pediatric and adult patients receiving different dosing strategies. *The Journal of clinical psychiatry*. 2013;74(12):1217-23.
58. Pekcanlar Akay A. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. *Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları*, Ankara. 2016:250-7.

59. Ercan ES, Ardic UA, Kutlu A, Durak S. No beneficial effects of adding parent training to methylphenidate treatment for ADHD+ ODD/CD children: a 1-year prospective follow-up study. *Journal of attention disorders*. 2014;18(2):145-57.
60. Hall JE. *Guyton & Hall Physiology: Elsevier Health Sciences*; 2015.
61. Kandel ER. *Principles of Neural Science, Fifth Edition* 2013.
62. Ayres AJ. *Sensory integration and the child*. Los Angeles: Western Psychological Services. Find this author on. 1979.
63. Bar-Shalita T, Vatine JJ, Parush S. Sensory modulation disorder: A risk factor for participation in daily life activities. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2008;50(12):932-7.
64. Johnson-Ecker CL, Parham LD. The evaluation of sensory processing: A validity study using contrasting groups. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2000;54(5):494-503.
65. Dunn W. Supporting children to participate successfully in everyday life by using sensory processing knowledge. *Infants & Young Children*. 2007;20(2):84-101.
66. Three Zt. DC: 0-5 : *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood* 2016.
67. Hassan DM, Azzam H. Sensory integration in attention deficit hyperactivity disorder: Implications to postural control. *Contemporary trends in ADHD research: IntechOpen*; 2012.
68. Wiggins LD, Robins DL, Bakeman R, Adamson LB. Brief report: sensory abnormalities as distinguishing symptoms of autism spectrum disorders in young children. *Journal of autism and developmental disorders*. 2009;39(7):1087-91.
69. Goldsmith HH, Van Hulle CA, Arneson C, Schreiber J, Gernsbacher M. A population-based twin study of parentally reported tactile and auditory defensiveness in young children. *Journal of abnormal child psychology*. 2006;34(3):378-92.
70. Gouze KR, Hopkins J, LeBailly SA, Lavigne JV. Re-examining the epidemiology of sensory regulation dysfunction and comorbid psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2009;37(8):1077-87.
71. Kinnealey M, Koenig KP, Smith S. Relationships between sensory modulation and social supports and health-related quality of life. *American Journal of Occupational Therapy*. 2011;65(3):320-7.

72. Miller LJ, Nielsen DM, Schoen SA. Attention deficit hyperactivity disorder and sensory modulation disorder: a comparison of behavior and physiology. *Research in developmental disabilities*. 2012;33(3):804-18.
73. Fuermaier AB, Hüpen P, De Vries SM, Müller M, Kok FM, Koerts J, et al. Perception in attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2018;10(1):21-47.
74. Ben-Sasson A, Soto TW, Heberle AE, Carter AS, Briggs-Gowan MJ. Early and concurrent features of ADHD and sensory over-responsivity symptom clusters. *Journal of attention disorders*. 2017;21(10):835-45.
75. Yochman A, Parush S, Ornoy A. Responses of preschool children with and without ADHD to sensory events in daily life. *The American journal of occupational therapy*. 2004;58(3):294-302.
76. Engel-Yeger B, Ziv-On D. The relationship between sensory processing difficulties and leisure activity preference of children with different types of ADHD. *Research in developmental disabilities*. 2011;32(3):1154-62.
77. Panagiotidi M, Overton PG, Stafford T. The relationship between ADHD traits and sensory sensitivity in the general population. *Comprehensive psychiatry*. 2018;80:179-85.
78. Miller LJ, Coll JR, Schoen SA. A randomized controlled pilot study of the effectiveness of occupational therapy for children with sensory modulation disorder. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2007;61(2):228.
79. Zimmer M, Desch L. Sensory integration therapies for children with developmental and behavioral disorders. *Pediatrics*. 2012;129(6):1186-9.
80. Cheng M, Boggett-Carsjens J. Consider sensory processing disorders in the explosive child: Case report and review. *The Canadian child and adolescent psychiatry review*. 2005;14(2):44.
81. Tzang R-F, Chang Y-C, Kao K-L, Huang Y-H, Huang H-C, Wang Y-C, et al. Increased risk of developing psychiatric disorders in children with attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) receiving sensory integration therapy: a population-based cohort study. *European child & adolescent psychiatry*. 2019;28(2):247-55.

82. Ünver H KÇ, Rodopman Arman A. Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Eşanlı Çocuk Hastalarda Duyu Bütünleme Terapisi. 1 Uluslararası Katılımlı Duyu Bütünleme Kongresi Poster Bildirisi. 2019.
83. Barton EE, Reichow B, Schnitz A, Smith IC, Sherlock D. A systematic review of sensory-based treatments for children with disabilities. *Research in Developmental Disabilities*. 2015;37:64-80.
84. Özdemir O, Özdemir PG, Kadak MT, Nasıroğlu S. Kişilik gelişimi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2012;4(4):566-89.
85. Cloninger C, Svrakic D, Przybeck T. A psychobiological model of temperament and character. *The development of psychiatry and its complexity*. 1998:1-16.
86. Güney E, ŞENSES DİNÇ G, İŞERİ E, GÜZEL HŞ, Yalçın Ö, ŞENER Ş. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ergen ve genç erişkinlerin mizaç ve karakter özellikleri. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2013;14(4).
87. Anckarsäter H, Stahlberg O, Larson T, Hakansson C, Jutblad S-B, Niklasson L, et al. The impact of ADHD and autism spectrum disorders on temperament, character, and personality development. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(7):1239-44.
88. Aslan S. Kişilik, huy ve psikopatoloji. *Rewiews, Cases and Hypotheses in Psychiatry RCHP*. 2008;2(1-2):7-18.
89. Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2005;27(2):101-14.
90. Martel MM. Research review: A new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: Emotion dysregulation and trait models. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009;50(9):1042-51.
91. Martel MM, Nigg JT. Child ADHD and personality/temperament traits of reactive and effortful control, resiliency, and emotionality. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006;47(11):1175-83.

92. Miller CJ, Miller SR, Newcorn JH, Halperin JM. Personality characteristics associated with persistent ADHD in late adolescence. *Journal of abnormal child psychology*. 2008;36(2):165-73.
93. Nigg JT, John OP, Blaskey LG, Huang-Pollock CL, Willcutt EG, Hinshaw SP, et al. Big five dimensions and ADHD symptoms: links between personality traits and clinical symptoms. *Journal of personality and social psychology*. 2002;83(2):451.
94. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(7):980-8.
95. Gokler B. Reliability and validity of schedule for affective disorders and Schizophrenia for school age children-present and lifetime version-Turkish version (K-SADS-PL-T)[in Turkish]. *Turk J Child Adolesc Mental Health*. 2004;11:109-16.
96. Wechsler D. Wechsler intelligence scale for children. 1949.
97. Wechsler D. Manual for the Wechsler intelligence scale for children, revised: Psychological Corporation; 1974.
98. Savaşır İaŞNWÇİ. Zeka, Ölçeği (WISC-R) El Kitabı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1995: p. 13-52.
99. Denckla MB. Revised neurological examination and subtle signs. *Psychopharmacol Bull*. 1985;21:773-9.
100. Konicarova J, Bob P, Raboch J. Balance deficits and ADHD symptoms in medication-naive school-aged boys. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2014;10:85.
101. Jansiewicz EM, Goldberg MC, Newschaffer CJ, Denckla MB, Landa R, Mostofsky SH. Motor signs distinguish children with high functioning autism and Asperger's syndrome from controls. *Journal of autism and developmental disorders*. 2006;36(5):613-21.
102. Dereboy Ç, Şenol S, Şener Ş, Dereboy F. Conners kısa form öğretmen ve ana baba derecelendirme ölçeklerinin geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(1):48-58.

103. KÖSE S, ÖZBARAN B, YAZGAN Y, Baytunca MB, Bildik T, ERERMİŞ S, et al. The Psychometric Properties of Turkish Version of Autism Spectrum Screening Questionnaire in Children aged 6-18 years. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2017;28(4).
104. Dereboy Ç, Şener Ş, Dereboy İ, Sertcan Y. Connors öğretmen derecelendirme ölçeği Türkçe uyarlaması-2. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 1997;4(1):10-8.
105. Üçgül MŞ, Karahan S, Öksüz Ç. Reliability and validity study of Turkish version of Adolescent/Adult Sensory Profile. *British journal of occupational therapy*. 2017;80(8):510-6.
106. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. (2012). The Personality Inventory for DSM-5 Brief Form (PID-5-BF).
107. Sapmaz Ş. DSM-5 Kişilik Envanteri Çocuk Formunun Türkçe Güvenilirliği ve Geçerliliği. 22 Ulusal Ergen Günleri Poster sunumu. 2017.
108. Gurevitz M, Geva R, Varon M, Leitner Y. Early markers in infants and toddlers for development of ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2014;18(1):14-22.
109. Nomura Y, Marks DJ, Grossman B, Yoon M, Loudon H, Stone J, et al. Exposure to gestational diabetes mellitus and low socioeconomic status: effects on neurocognitive development and risk of attention-deficit/hyperactivity disorder in offspring. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2012;166(4):337-43.
110. Cheung K, Theule J. Parental psychopathology in families of children with ADHD: a meta-analysis. *Journal of Child and family Studies*. 2016;25(12):3451-61.
111. Şimşek Ş, Gökçen C, Fettahoğlu EÇ. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and other psychiatric symptoms in parents of children with ADHD. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 25 (3). 2012:230-7.
112. Zambrano-Sánchez E, Martínez-Cortés JA, Rió-Carlos Yd, Martínez-Wbaldo MdC, Poblano A. Executive dysfunction screening and intellectual coefficient measurement in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Arquivos de neuro-psiquiatria*. 2010;68(4):545-9.
113. HESAPÇIOĞLU ST, ÇELİK PC. Analyzing the Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised (WISC-R) in Children With Attention Deficit and

Hyperactivity Disorder: Predictive Value of Subtests, Kaufman, and Bannatyne Categories. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2016;27(1).

114. Chhabildas N, Pennington BF, Willcutt EG. A comparison of the neuropsychological profiles of the DSM-IV subtypes of ADHD. *Journal of abnormal child psychology*. 2001;29(6):529-40.

115. Kiriş N, Karakaş S. Predicting Level of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) from Tests of Intelligence and Other Related Neuropsychological Devices. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2004;7(3):139-52.

116. Pfeiffer B, Daly BP, Nicholls EG, Gullo DF. Assessing sensory processing problems in children with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Physical & occupational therapy in pediatrics*. 2015;35(1):1-12.

117. Yochman A, Ornoy A, Parush S. Co-occurrence of developmental delays among preschool children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2006;48(6):483-8.

118. Mimouni-Bloch A, Offek H, Rosenblum S, Posener I, Silman Z, Engel-Yeger B. Association between sensory modulation and daily activity function of children with attention deficit/hyperactivity disorder and children with typical development. *Research in developmental disabilities*. 2018;83:69-76.

119. Bijlenga D, Tjon-Ka-Jie J, Schuijers F, Kooij J. Atypical sensory profiles as core features of adult ADHD, irrespective of autistic symptoms. *European Psychiatry*. 2017;43:51-7.

120. Cheung PP, Siu AM. A comparison of patterns of sensory processing in children with and without developmental disabilities. *Research in developmental disabilities*. 2009;30(6):1468-80.

121. Kern JK, Trivedi MH, Grannemann BD, Garver CR, Johnson DG, Andrews AA, et al. Sensory correlations in autism. *Autism*. 2007;11(2):123-34.

122. Gunn TE, Tavegia BD, Houskamp BM, McDonald LB, Bustrum JM, Welsh RK, et al. Relationship between sensory deficits and externalizing behaviors in an urban, Latino preschool population. *Journal of Child and Family Studies*. 2009;18(6):653-61.

123. Fox C, Snow PC, Holland K. The relationship between sensory processing difficulties and behaviour in children aged 5–9 who are at risk of developing conduct disorder. *Emotional and Behavioural Difficulties*. 2014;19(1):71-88.
124. De la Marche W, Steyaert J, Noens I. Atypical sensory processing in adolescents with an autism spectrum disorder and their non-affected siblings. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2012;6(2):639-45.
125. Little LM, Dean E, Tomchek S, Dunn W. Sensory processing patterns in autism, attention deficit hyperactivity disorder, and typical development. *Physical & occupational therapy in pediatrics*. 2018;38(3):243-54.
126. Antshel KM, Zhang-James Y, Faraone SV. The comorbidity of ADHD and autism spectrum disorder. *Expert review of neurotherapeutics*. 2013;13(10):1117-28.
127. Craig F, Lamanna AL, Margari F, Matera E, Simone M, Margari L. Overlap between autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder: searching for distinctive/common clinical features. *Autism research*. 2015;8(3):328-37.
128. Reiersen AM, Constantino JN, Volk HE, Todd RD. Autistic traits in a population-based ADHD twin sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007;48(5):464-72.
129. Kotte A, Joshi G, Fried R, Uchida M, Spencer A, Woodworth KY, et al. Autistic traits in children with and without ADHD. *Pediatrics*. 2013;132(3):e612.
130. Robertson AE, Simmons DR. The relationship between sensory sensitivity and autistic traits in the general population. *Journal of Autism and Developmental disorders*. 2013;43(4):775-84.
131. Sharp C, Bleiberg E. Borderline personality disorder in children and adolescents. *Lewis child and adolescent psychiatry: Comprehensive textbook*. 2007:680-91.
132. Smith TE, Martel MM. Trait-Based Profiles of ADHD in Adolescents and Young Adults. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2018:1-15.
133. BURKET RC, SAJID MW, WASIAK M, MYERS WC. Personality comorbidity in adolescent females with ADHD. *Journal of Psychiatric Practice*®. 2005;11(2):131-6.

134. Miller CJ, Flory JD, Scott RM, Harty SC, Newcorn JH, Halperin JM. Childhood ADHD and the emergence of personality disorders in adolescence: A prospective follow-up study. *The Journal of clinical psychiatry*. 2008;69(9):1477.
135. Van Dijk FE, Mostert J, Glennon J, Onnink M, Dammers J, Vasquez AA, et al. Five factor model personality traits relate to adult attention-deficit/hyperactivity disorder but not to their distinct neurocognitive profiles. *Psychiatry research*. 2017;258:255-61.
136. Watson D, Stasik SM, Ro E, Clark LA. Integrating normal and pathological personality: Relating the DSM-5 trait-dimensional model to general traits of personality. *Assessment*. 2013;20(3):312-26.
137. Aron EN, Aron A. Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *Journal of personality and social psychology*. 1997;73(2):345.
138. Ben-Avi N, Almagor M, Engel-Yeger B. Sensory processing difficulties and interpersonal relationships in adults: an exploratory study. *Psychology*. 2012;3(01):70.
139. Pitzianti M, Grelloni C, Casarelli L, D'Agati E, Spiridigliozzi S, Curatolo P, et al. Neurological soft signs, but not theory of mind and emotion recognition deficit distinguished children with ADHD from healthy control. *Psychiatry research*. 2017;256:96-101.
140. Zang Y, Gu B, Qian Q, Wang Y. Objective measurement of the balance dysfunction in attention deficit hyperactivity disorder children. *Chin J Clin Rehabil*. 2002;6:1372-4.
141. Isaac V, Olmedo D, Aboitiz F, Delano PH. Altered cervical vestibular-evoked myogenic potential in children with attention deficit and hyperactivity disorder. *Frontiers in neurology*. 2017;8:90.

8. EKLER

Ek-1. Araştırma Etik Kurul Onayı



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2018.428
	PROJE ADI	Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerde duyu profilinin ve kişilik özelliklerinin araştırılması
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Prof. Dr. Ayşe RODOPMAN ARMAN

KARAR BİLGİLERİ	Tarih	01.06.2018
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.	

ÜYELER					
Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeligi	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİREKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Prof. Dr. Şefik GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Prof.Dr. Atilla KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Prof.Dr. Semra SARDAS	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Doç. Dr. Elib KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Doç.Dr. Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - Hayır	
Gözde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - Hayır	

Ek-2. İl Millî Eğitim Araştırma İzin Formu



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 59090411-20-E.4986598
Konu : Anket ve Araştırma İzin Talebi

08/03/2019

VALİLİK MAKAMINA

- İlgi: a) 23.01.2019 tarihli ve 1622612 Gelen Evrak No'lu dilekçe.
b) MEB. Yen. ve Eğ. Tk. Gn. Md. 22.08.2017 tarih ve 12607291/ 2017/25 No'lu Gen.
c) Millî Eğitim Müdürlüğü Araştırma ve Anket Komisyonunun 07.03.2019 tarihli tutanağı.

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi uzmanlık programı öğrencisi Gözde ÖZDEN BİLİM'in "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ergenlerde Duyu Profilinin ve Kişilik Özelliklerinin Araştırılması" konulu tezi kapsamında, ilimiz Pendik, Maltepe ve Kartal ilçelerinde bulunan ilkokul ve ortaokullarda; anket uygulama istemi hakkındaki ilgi (a) dilekçe ve ekleri Müdürlüğümüzce incelenmiştir.

Araştırmacının söz konusu talebi; bilimsel amaç dışında kullanılmaması, uygulama sırasında bir örneği müdürlüğümüzde muhafaza edilen mühürlü ve imzalı veri toplama araçlarının kurumlarımıza araştırmacı tarafından ulaştırılarak uygulanması, katılımcıların gönüllülük esasına göre seçilmesi, araştırma sonuç raporunun müdürlüğümüzden izin alınmadan kamuoyuyla paylaşılmaması koşuluyla, okul idarelerinin denetim, gözetim ve sorumluluğunda, eğitim-öğretimi aksatmayacak şekilde ilgi (b) Bakanlık emri esasları dâhilinde uygulanması, sonuçtan Müdürlüğümüze rapor halinde (CD formatında) bilgi verilmesi kaydıyla Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Levent YAZICI
İl Millî Eğitim Müdürü

- Ek:
1- Genelge.
2- Komisyon Tutanağı.

OLUR
08/03/2019

Ahmet Hamdi USTA
Vali a.
Vali Yardımcısı

İl Millî Eğitim Müdürlüğü Binbirdirek M. İmran Öktem Cad.
No:1 Eski Adliye Binası Sultanahmet Fatih/İstanbul
E-Posta: sgb34@meb.gov.tr

A. BALTA VHKİ
Tel: (0 212) 455 04 00-239

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden c06d-2c57-3e07-9791-3666 kodu ile teyit edilebilir.

Ek-3: Hasta Bilgilendirme ve Onay Formu

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI:

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerde duyu profilinin ve kişilik özelliklerinin araştırılması

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer bir başka çalışmada da yer alıyorsanız bu çalışmada yer alamazsınız.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDAMIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirsiniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz bilgilendirilecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?

Günümüzde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) dikkatsizlik, hiperaktivite, dürtüsellik belirtileriyle karakterize olup çocuk ve ergen psikiyatrisinin en yaygın problemlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Vücudun 5 ana duyu sisteminden (görme, işitme, dokunma, koku, tat alma), hareket duyusundan ve pozisyonel duyudan alınan bilgiyi beynin entegre edememesinden kaynaklanan ve duysal işleme bozukluğu olarak adlandırılan bozukluk dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde normal gelişim gösterenlere kıyasla daha çok görülür. Bu çocukların duysal bilgiyi uygun şekilde algılamadığı ve bunun sonucunda okulda, evde, toplumda uygun cevaplar oluşturmakta zorluk yaşadığı gösterilmiştir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı olan çocuk ve ergenlerin kişilik özelliklerinin hastalık belirtileriyle karşılıklı etkileşimi bilinmektedir. Biz de bu çalışmamızda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısıyla takip edilen ergenlerde duysal işleme sorunu yaşayan alt grubun araştırılmasını planladık. Ayrıca bu sorunun DEHB tanılı ergenlerin kişilik yapısıyla ilişkisini araştırmayı hedefledik..

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Araştırma sürecinde, araştırmayı sürdüren hekim tarafından sizinle ve çocuğunuzla görüşülecek, çocuğunuza zeka değerlendiren testler yapılacak, sizden, çocuğunuzdan ve çocuğunuzun öğretmeninden bazı formları doldurmanız istenecektir. Bu formlarla ilgili ayrıntılı bilgi araştırmacılar tarafından verilecektir. Ayrıca araştırmayı sürdüren hekim sizinle ayrıntılı bir psikiyatrik değerlendirme yapacaktır.

BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

Çalışma doktorunuzun talimatlarına uymaya, yukarıda anlatılan çalışmayla ilgili tüm işlemlere uymaya istekli olmalısınız. Çalışma doktorunuzu ziyarete belirlenen günlerde gelmelisiniz ve bir sonraki ziyaretiniz de ziyaretten ayrılmadan önce planlanmalıdır. Yine çalışmadan önce veya çalışma sırasında aldığımız başka herhangi bir tıbbi tedaviyi de çalışma doktoruna söylemeniz önemlidir. İsteğe bağlı olarak değerlendirme sonrasında size bilgi verilebilir. Böyle bir arzunuz varsa iletişim bilgilerinizi verebilirsiniz.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Çalışmaya katılmanın hiçbir yan etki, risk veya rahatsızlıkları yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çocuğunuzun genel gelişimi, zihinsel becerileri, psikiyatrik özellikleri değerlendirilecek, istenildiği takdirde bir problem görülmesi halinde erkenden size bilgi verilerek yönlendirme yapılabilecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Herhangi bir maliyeti bulunmamaktadır.

ÇALIŞMADAN AYRILMAMI GEREKTİRECEK DURUMLAR:

Zeka ile ilgili veya muhakeme yeteneğinizi bozacak düzeyde psikiyatrik rahatsızlığınızın olması, kronik veya stabil olmayan medikal bir hastalığının olması, yaygın gelişimsel bozukluk tanısı alması, nörolojik bir hastalığının olması durumunda çalışmadan ayrılmanız gerektirecektir.

YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR?

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir.

KATILIMCININ BEYANI:

Sayın Dr. Gözde ÖZDEN BİLİM tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağımın bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Gözde ÖZDEN BİLİM'E Fevzi Çakmak Mah, Muhsin Yazıcıoğlu Cad. No:10 Üst Kaynarca-Pendik / İstanbul adresindeki, T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nden veya (216) 6570606-8105 numaralı telefonda ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersen, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının Adı Soyadı:

Ebeveynin Adı Soyadı:

İmzası:

İmzası:

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda, gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı-soyadı:

Adresi: (varsa telefon no.)

İmza:

Ebeveynin;

Adı-soyadı:

Adresi: (varsa telefon no.)

İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı-soyadı:

İmza:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;

Adı-soyadı:

Görevi:

İmzası:

Ek-4. Sosyodemografik Bilgi formu

Görüşme tarihi:

Dosya no:

Ev telefon no:

Cep telefon no:

Çocuğun : Adı-Soyadı Doğum Tarihi: :
Cinsiyeti 1. Kız 2. Erkek

Annenin

Adı:

Yaşı:

Eğitim durumu:

1)okuryazar değil

2) ilkokul

3)ortaokul

4)lise

5)üniversite

Babanın

Adı:

Yaşı:

Eğitim durumu:

1)okuryazar değil

2)ilkokul

3)ortaokul

4)lise

5)üniversite

Anne-Baba birlikteliği: 1)Birlikte 2)Ayrı 3)Vefat

Ailede yaşayan kişi sayısı:

Çocuğun kaç kardeşi var?

Kaçıncı çocuk?

Ailede kişi başına düşen gelir miktarı:

a)1000 TL altı

b) 1000-3000 TL

c) 3100-10000 TL

d)10000 TL üstü

Ailede psikiyatrik yakınma olan kişi var mı?

1. Evet

2.Hayır

Anne

Baba

Kardeş

Diğer.....

Ailede psikiyatriste giden var mı? 1. Evet 2.Hayır

Anne Baba Kardeş Diğer

Doğum kilosu:

Doğum haftası:

Doğum ve hamilelik döneminde belirtmek istediğiniz bir durum var mı?

- Tüp bebek
- Doğum sonrası yoğun bakımda kalma gereği ---Süresi?
- Düşük olasılığı
- Zorunlu sezeryan
- 37 haftadan küçük doğum
- 2.5 kg'den küçük doğum---kaç gr doğdu?
- Gebelik süresince sigara/alkol kullanımı
- diğer.....

Çocuğun Gelişim Basamakları:

İlk kelimeyi söylediği ay:

İlk cümleyi söylediği ay:

Yürümeyi öğrendiği ay:

Tuvalet eğitimini aldığı ay:

Yuva eğitimi: 1.aldı 2.almadı

Çocuğunuzun kronik tıbbi hastalığı var mı? 1. yok 2. var
(açıklayınız)...

Çocuğun ilk 6 yılda bakımvereni kimdi?

1. Anne 2. Baba 3. Akraba 4.Bakıcı

Yeme Alışkanlığı

Anne Sütü: 1. 6 aydan az 2. 6 aydan fazla

Ek gıdaya geçiş süresi:

Çocuğunuzun uyku sorunu var mı?

1. Yok 2. Var
(açıklayınız.....)

Ek-5. Conner's Aile Değerlendirme Formu

Tarih:

Çocuğun Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Sorunun derecesine en uygun tanımın altını (X) ile işaretleyiniz. Teşekkürler.

	H i ç y o k	B ir a z	O l d u k ç a f a z l a	Ç o k f a z l a
1. Cildinin, vücudunun veya eşyalarının bazı kısımlarıyla oynar veya yolar (ör: tırnaklar, parmaklar, saçlar veya kıyafetler)				
2. Kendinden yaşça büyüklere karşı küstahça davranır.				
3. Arkadaş edinmekte veya arkadaşlığı devam ettirmekte sorunları vardır.				
4. Kolayca heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.				
5. Faaliyetlerde hep başı çekmek ister.				
6. Parmağını, kıyafetinin veya battaniyesinin bir kenarını emer veya çiğner.				
7. Sık sık veya kolayca ağlar.				
8. Kavgaya hazırdır, öfkesi burnundadır.				
9. Hayale dalıp gider, hayal kurar.				
10. Öğrenme güçlüğü çeker.				
11. Yerinde rahat duramaz, kıpır kıpırdır.				
12. Yeni durumlara ve ortamlara girmekten, yeni kişilerle karşılaşmaktan, okula gitmekten korkar.				
13. Yerinde duramaz, her an hareket halindedir.				
14. Zarar vericidir (eşyalara).				
15. Gerçekle ilgisi olmayan hikayeler uydurur veya yalan söyler.				

16. Utangaçtır.				
17. Yaşlılarına göre başı daha çok derde girer.				
18. Yaşlılarına göre konuşması farklıdır (ör: bebeksi konuşma, kekeleme; anlaşılması güç konuşma)				
19. Hatalarını inkar eder veya başkalarını suçlar.				
20. Kavgacıdır.				
21. Somurtur, surat asar veya küser.				
22. Çalma huyu vardır.				
23. Kurallara uymaz veya uyarken gönülsüzdür.				
24. Diğer çocuklara göre daha endişelidir (yalnızlık, hastalık ve ölümle ilgili).				
25. İşlerini bitirmekte zorlanır.				
26. Çabuk kırılır veya gücenir.				
27. Kendinden yaşça küçük veya zayıfları ezer.				
28. Tekrarlayıcı bir hareketi/faaliyeti durdurmakta güçlük çeker				
29. Merhametsizdir.				
30. Çocuksudur, yaşına uygun davranmaz (sürekli yardım ister, eteğine yapışır, sürekli güvenlik arayışı içindedir).				
31. Dikkatini belli bir süre bir konu üzerinde toplayamaz, dikkatini sürdürmekte zorluk çeker.				
32. Baş ağrıları vardır.				
33. Mizacı ya da duyguları ani ve belirgin olarak değişir.				
34. Kuralları ve sınırları sevmez, onlara uymaz.				
35. Sürekli kavga eder.				
36. Kardeşi, abi veya ablasıyla iyi geçinemez.				
37. Zorluklar karşısında morali çabuk bozulur, kolayca pes eder.				
38. Diğer çocukları rahatsız eder.				
39. Temelde mutsuz bir çocuktur.				
40. Yeme sorunları vardır (iştahı yoktur, iki lokma arasında sofradan kalkar, dolaşır)				
41. Mide ağrıları vardır.				
42. Uyku sorunları vardır (uykuya dalmakta güçlük çeker, çok erken veya gece yarısı uyanır)				

43. Vücudunda başka ağrıları da vardır.				
44. Mide bulantısı veya kusma şikayeti vardır.				
45. Ailede hakkının yenildiğinin hissine kapılır.				
46. Övünür, yüksekte atar.				
47. Kendisine kötü davranılmasına ses çıkarmaz.				
48. Bağırsakları sık sık bozulur. Tuvalet alışkanlığı düzensizdir, kabız kalır.				



Ek-6. DSM-IV Belirti Tarama Listesi

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE AŞIRI HAREKETLİLİK BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME LİSTESİ

Çocuğun Adı Soyadı

Formu dolduran kişi

tarihi:

Sorunların başlama yaşı

Tarih:

Doğum

Çocuğun durumuna en uygun olan dereceyi işaretleyiniz. Teşekkürler.

	Hiç yok	Biraz	Fazla	Çok fazla	
1. Okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3	
2. Üzerine aldığı görevlerde ya da oyunlarda dikkatini sürdürmeye güçlük çeker.	0	1	2	3	
3. Onunla konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.	0	1	2	3	
4. Yönergeleri izleyemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işlerini tamamlayamaz	0	1	2	3	
5. Üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.	0	1	2	3	
6. Uzun süreli zihinsel uğraş gerektiren etkinliklerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya isteksizdir.	0	1	2	3	
7. Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler ve b.)	0	1	2	3	
8. Dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır.	0	1	2	3	
9. Günlük etkinliklerde çoğu zaman unutkanlıktır.	0	1	2	3	
10. Çoğu zaman elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanır durur.	0	1	2	3	
11. Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.	0	1	2	3	
12. Aşırı düzeyde koşuşturur durur ya da tırmanır.	0	1	2	3	
13. Sakin bir biçimde boş zamanlarını geçirme, etkinliklere katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.	0	1	2	3	
14. Çoğu zaman hareket halindedir ya da motor takılmış gibi davranır.	0	1	2	3	4

15. Çoğu zaman çok konuşur.	0	1	2	3
16. Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabını yapıştırır.	0	1	2	3
17. Sırasını beklemekte güçlük çeker	0	1	2	3
18. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer.	0	1	2	3
19. Çoğu zaman yarım kalmış etkinlikten ötekine geçer	0	1	2	3
20. Sonuçlarını düşünmeksizin çoğu zaman fiziksel açıdan tehlikeli etkinliklerde bulunur.	0	1	2	3



Ek-7. Otizm Spektrum Tarama Ölçeği

OSTÖ-TR

Çocuğun ismi:..... Doğum Tarihi:.....

Gözlemci İsmi:..... Gözlem Tarihi:.....

Bu çocuk yaşlarına göre aşağıdaki nedenlerden dolayı farklı olarak ayrılır;

	Hayır	Biraz	Evet
Büyümüş de küçülmüş veya eski kafalı gibidir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar tarafından “Garip (eksantrik) profesör” olarak görülür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendine özgü sınırlı entelektüel ilgilerle kendi dünyasındaymiş gibi yaşar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belirli konulardaki somut gerçekleri zihninde biriktirebilir (ezbere dayalı hafızası iyi) fakat manasını pek anlamaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dilin mecazi ve muğlak kullanımını somut hali ile anlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eski moda, huysuz, resmi ya da robot gibi bir dil kullanan farklı bir iletişim biçimi vardır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendine özgü kelimeler ve ifadeler icat eder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farklı bir sesi ve konuşması vardır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İstemsiz sesler çıkartır; boğaz temizler, homurdanır, ağız şıprdatır, ağlar ve ya çığlık atar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Şaşırtıcı bir şekilde bazı şeylerde çok iyi ve bazı şeylerde çok zayıftır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dili özgürce kullanır fakat sosyal içerik/şartlara ya da farklı dinleyicilerin ihtiyaçlarına uyum sağlamakta başarısızdır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empati becerisi yetersizdir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Safça ve mahcup edici yorumlarda bulunur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalden farklı bir bakış biçimi vardır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosyal olmayı ister ancak akranlarıyla ilişki kurmada başarısızdır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklarla birlikte olabilir ancak sadece kendi şartlarıyla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En iyi diyebileceği bir arkadaşı yoktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sağduyu eksikliği vardır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oyunlarda kötüdür; bir takım ile işbirliği hakkında hiçbir fikri yoktur, “kendi gollerinin” hesabını tutar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sakar, koordinasyonu bozuk, hantal ve garip hareketleri veya jestleri vardır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İstemsiz yüz ve beden hareketleri vardır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bazı hareket ve düşüncelerin zorunlu tekrarlarından dolayı günlük basit bir aktiviteyi tamamlamakta zorlanır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Özel rutinleri vardır; değişiklik olmaması üzerinde ısrar eder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nesnelere kendine özgü bir bağlılık gösterir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar tarafından zorbalığa uğrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belirgin şekilde alışılmadık bir yüz ifadesi vardır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belirgin şekilde alışılmadık bir duruşa sahiptir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarıdakiler dışındaki gerekçeleri belirtiniz:			

Ek-8 Connors Öğretmen Formu

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM ARAŞTIRMA
HASTANESİ**

Sayın Öğretmen.

Sınıfınız Öğrencilerinden
.....

Çocuk psikiyatrisi polikliniğimize başvurmuş ve incelemeye alınmıştır.
Çocuğun okul yaşamı ile ilgili aşağıdaki soruları yanıtlayarak
göndermeniz rica olunur.

İşbirliğiniz için teşekkür ederiz .

OKUL BAŞARISI

(Okula ve derslere ilgisi öğrenme sorunları, dikkati)

ÖĞRETMEN VE ARKADAŞLARIYLA UYUMU

(Kavgacı, pasif, oyunlara katılır, isyankar.....)

OKULDA GÖZLEMLEDİĞİNİZ SORUNLAR

CONNER'S ÖĞRETMEN FORMU

arih:

T

Öğrencinin Adı Soyadı :

Lütfen her cümle için en uygun durumu işaretleyiniz.
Teşekkürler.

	H i ç y o k	B i r a z	Oldukç a f a z l a	Ç o k f a z l a
1. Kıpır kıpırdır.				
2. Beklenmeyen zamanlarda uygunsuz sesler çıkarır.				
3. İstekleri hemen yerine getirilmelidir.				
4. Bilmiş tavırları vardır bilgiçlik taslar.				
5. Aniden parlar, ne yapacağı belli olmaz.				
6. Eleştiriyi kaldıramaz.				
7. Dikkatini belirli bir süre, bir konu üzerinde toplayamaz; dikkatini sürdürmekle zorluk çeker.				

8. Diğer çocukları rahatsız eder.				
9. Hayallerle dalar.				
10. Somurtur, surat asar.				
11. Mizacı ya da duyguları ani ve belirgin olarak değişir.				
12. Kavgacıdır.				
13. Büyüklerin sözünden çıkmaz.				
14. Yerinde rahat duramaz, her an hareket halindedir.				
15. Kolayca heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.				
16. Öğretmenin ilgisi hep üzerinde olsun ister.				
17. Genellikle arkadaş grubuna alınmıyor.				
18. Başka çocuklar tarafından kolayca yönlendiriliyor.				
19. Oyun kurallarına uymaz, mızıkçıdır				
20. Liderlik özelliğinden yoksundur.				
21. Başladığı işin sonunu getiremez.				
22. Çocuksudur, olduğundan daha küçükmüş gibi davranır.				
23. Hatalarını inkar eder veya suçu başkalarının üzerine atar.				
24. Diğer çocuklarla iyi geçinemez.				
25. Sınıf arkadaşlarıyla yardımlaşmaz.				
26. Zorluklar karşısında morali çabuk bozulur, kolayca pes eder.				
27. Öğretmenle işbirliğine girmez.				
28. Öğrenme güclüğü çeker.				

Ek-9. Klinik Global İzlenim Ölçeği

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI)

HASTALIK ŞİDDETİ

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

DÜZELME

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

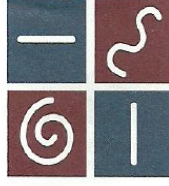
1. Çok düzeldi
2. Oldukça düzeldi
3. Biraz düzeldi
4. Hiç değişiklik yok
5. Biraz kötüleşti
6. Oldukça kötüleşti
7. Çok kötüleşti

YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini gözönüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

1. Hiç yok
2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor
3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor
4. Terapötik etkinin yararlarını gözardı ettirecek düzeyde etkiliyor

Ek-10. Adolesan / Yetişkin Duyu Profili



ADOLESAN / YETİŞKİN DUYU PROFİLİ

Catana Brown, Ph.D., OTR, FAOTA
Winnie Dunn, Ph.D., OTR, FAOTA

KİŞİSEL ANKET FORMU

Ad Soyad: _____ Yaş: _____ Tarih: _____

Doğum Tarihi: _____ Cinsiyet : Erkek Kadın

Günlük yaşantınızda sizi tatmin etmeyen şeyler var mı? Evet ise açıklayın. _____

AÇIKLAMA

Lütfen ankette belirtilen davranışları ne kadar sıklıkla yaptığınızı en iyi tanımlayan kutuyu işaretleyin. Eğer bazı durumlarla daha önce karşılaşmadığınızdan dolayı herhangi bir yorum yapamıyorsanız o soru sayısının üzerine X işareti koyun. Her bölümün sonuna yorumunuzu yazın.

Lütfen tüm ifadeleri cevaplayın. Cevapları işaretlemek için aşağıdaki kılavuzu kullanın :

**NEREDEYSE
HiÇ**

Fırsat sunulduğunda neredeyse hiçbir zaman bu şekilde yanıt vermem. (zamanın yaklaşık %5'i ya da daha azı).

NADİREN

Fırsat sunulduğunda nadiren bu şekilde yanıt veririm (zamanın yaklaşık %25'inde).

ARA SIRA

Fırsat sunulduğunda ara sıra bu şekilde yanıt veririm (zamanın yaklaşık %50'sinde).

SIKLIKLA

Fırsat sunulduğunda sıklıkla bu şekilde yanıt veririm (zamanın yaklaşık %75'inde).

**NEREDEYSE
HER ZAMAN**

Fırsat sunulduğunda neredeyse her zaman bu şekilde yanıt veririm (zamanın %95'i ya da daha fazlası).

Madde	A. Tat Alma / Koklama İşlemi	NEREDEYSE HİÇ	NADİREN	ARA SIRA	SIKLIKLA	NEREDEYSE HER ZAMAN
1	Bir mağazadayken keskin bir koku alırsam o ortamı terk ederim ya da başka bir bölüme geçerim (örneğin banyo ürünleri, mumlar, parfümler).					
~ 2	Yemeğime baharat eklerim.					
- 3	Başkalarının kokuyor dediği şeylerin kokusunu almam.					
~ 4	Parfüm ya da kolonya kullanan insanlara yakın olmaktan hoşlanırım.					
5	Sadece alışkın olduğum yiyecekleri yerim.					
- 6	Çoğu yiyecekler bana lezzetsiz gelir (diğer bir deyişle yavan, tatsız tuzsuz gelir).					
~ 7	Keskin tadı olan şekerleri (örneğin acı/tarçınlı ya da ekşi şeker) ya da nane şekerlerini sevmem.					
~ 8	Taze çiçekler gördüğüm zaman koklamak için yanlarına giderim.					

Yorumlar :

Madde	B. Hareketsel İşlem	NEREDEYSE HİÇ	NADİREN	ARA SIRA	SIKLIKLA	NEREDEYSE HER ZAMAN
~ 9	Yüksekten korkarım.					
~ 10	Hareket halinde olmanın verdiği histen hoşlanırım (örneğin dans etmek, koşmak).					
11	Asansör ve/veya yürüyen merdiven kullanmaktan çekinirim çünkü hareketlerinden rahatsız olurum.					
- 12	Bir şeye takılırım ya da onlara çarparım.					
~ 13	Arabada giderken oluşan hareketlilikten rahatsız olurum.					
~ 14	Fiziksel aktivitelere katılmayı tercih ederim (yürüme, yüzme, koşma vb).					
- 15	Merdivenleri iner/çıkarken bastığım yerden emin olamam (örneğin takılırım, dengemi kaybederim ve/veya tırabzanlardan tutmaya ihtiyaç duyarım).					
~ 16	Kolayca başım döner (örneğin eğildikten sonra, çok hızlı ayağa kalkınca).					

Yorumlar

Madde	C. Görsel İşlem	NEREYSE HIÇ	NADİREN	ARA SIRA	SIKLIKLA	NEREYSE HER ZAMAN
17	Parlak ışıklı ve renkli yerlere gitmekten hoşlanırım.					
18	Evdeyken gün boyu perdeleri kapalı tutarım.					
19	Renkli kıyafetler giymeyi severim.					
20	Tıkış tıkış bir çekmecedan ya da dağınık bir odadan bir şey bulmaya çalışırken sınırlarım bozulur.					
21	Yeni bir yere gitmeye çalışırken cadde, bina ve odalara ait işaretleri gözden kaçıırım.					
22	Televizyonda ya da sinemada düzensiz ya da hızlı hareket eden görsel görüntülerden rahatsız olurum.					
23	Odaya biri girdiğinde fark etmem.					
24	Küçük mağazalarda alışveriş yapmayı tercih ederim çünkü büyük mağazalarda bunalırım.					
25	Etrafımda çok fazla hareket gördüğümde rahatsız olurum (örneğin kalabalık alışveriş merkezinde, törende, şenlikte).					
26	Çalışırken dikkatimi dağıtan şeyleri azaltırım (örneğin kapıyı ya da televizyonu kapatırım).					

Yorumlar

Madde	D. Dokunma İşlemi	NEREYSE HIÇ	NADİREN	ARA SIRA	SIKLIKLA	NEREYSE HER ZAMAN
27	Sırtımın ovulmasından rahatsız olurum.					
28	Saçımın kesilmesi hissinden hoşlanırım.					
29	Ellerimi kirletecek aktivitelerden kaçınırım ya da o esnada eldiven giyerim.					
30	Biriyle konuşurken ona dokunurum (örneğin elimi omzuna koyarım ya da elini sıkarım).					
31	Sabah uyandığımda ağızımda oluşan histen rahatsız olurum.					
32	Çıplak ayakla yürümekten hoşlanırım.					
33	Belli kumaş kıyafetleri giymekten rahatsız olurum (örneğin pamuklu, ipek, fitilli kadife, kıyafetlerdeki etiketler).					
34	Belli yiyeceklerin dokusundan rahatsız olurum (örneğin seftalinin yüzeyi, elma püresi, süzme peynir, topak topak fındık ezmesi).					
35	Birileri bana çok yakınlaştığı zaman uzaklaşıyorum.					
36	Yüzüm ya da ellerim kirli olduğunda bunu fark etmem.					
37	Sıyrık yada morluklarım olur fakat nasıl olduğunu hatırlamam.					
38	Sırada insanlara yakın durmaktan ya da başkasına yakın durmaktan kaçınırım çünkü başkalarına çok yakın olmaktan rahatsız olurum.					
39	Biri koluma yada sırtıma dokunduğunda fark etmem.					

Yorumlar

Madde	E. Aktivite Seviyesi	NEREDEYSE HIÇ	NADİREN	ARA SIRA	SIKLIKLA	NEREDEYSE HER ZAMAN
40	Aynı anda iki ya da daha fazla iş üzerinde çalışırım.					
41	Sabah uyanmak diğer insanlardan daha fazla zamanımı alır.					
42	Bir şeyleri yaparken anlık karar veririm (diğer bir deyişle daha önceden plan yapmam).					
43	Yoğun hayat temposundan uzaklaşmak için vakit bulurum ve kendi başıma zaman geçiririm.					
44	Bir iş ya da aktiviteyi yapmaya çalışırken diğerlerinden daha yavaş görünürüm.					
45	Şakaları diğerleri kadar çabuk algılayamam.					
46	Kalabalıktan uzak dururum.					
47	Başkalarının karşısında performans sergileyebileceğim aktiviteler yaparım (örneğin müzik, spor, oyunculuk, toplum önünde konuşmak, sınıfta soruları cevaplamak).					
48	Uzun bir derste ya da bir toplantıda oturduğumda dikkatimi toplamakta zorlanırım.					
49	Beklenmeyen şeylerin olabileceği durumlardan kaçınırım (bilinmeyen yerlere gitmek ya da bilmediğim insanlar arasında olmak).					

Yorumlar

Madde	F. İşitsel İşlem	NEREDEYSE HIÇ	NADİREN	ARA SIRA	SIKLIKLA	NEREDEYSE HER ZAMAN
50	Mırıldanırım, ısıklı çalarım, şarkı söylerim ya da farklı sesler çıkarırım.					
51	Beklenmeyen ya da yüksek sesler duyduğumda hemen irkilirim (örneğin süpürge, köpek havlaması, telefon çalması).					
52	İnsanlar hızlı konuştuğunda ya da aşına olmadığım konular hakkında konuştuğunda dediklerini takip etmekte zorlanırım.					
53	Birileri televizyon izliyorsa odadan ayrılırım ya da onlardan televizyonu kapatmalarını isterim.					
54	Etrafımda çok fazla ses olursa dikkatim dağılır.					
55	İsmim söylendiğinde fark etmem.					
56	Gürültüleri bastırmak için bazı yöntemler kullanırım (örneğin kapıyı kapatırım, kulaklarımı kapatırım, kulak tıkacı kullanırım).					
57	Gürültülü ortamlardan uzak dururum.					
58	Gürültülü etkinliklere katılmaktan hoşlanırım.					
59	İnsanlardan söylediklerini tekrar etmelerini istemem gerekir.					
60	Arka fondaki sesle çalışmakta zorlanırım (örneğin fan ve radyo).					

Yorumlar

Ek-11. DSM 5 Kişilik Envanteri-Kısa Form

İsim: _____ Yaş: _____

Cinsiyet: Kız Erkek Tarih: _____

Açıklamalar: Bu farklı insanların kendileri ile ilgili söyleyebilecekleri şeylerin bir listesidir. Biz sizin kendinizi nasıl tanımladığınızı/tarif ettiğinizi ile ilgileniyoruz. Doğru ya da yanlış cevap yok. Cevaplarınız gizli tutulacaktır, bu yüzden kendinizi olabildiğince dürüst olarak tanımlayabilirsiniz. Acele etmeden ve her bir maddeyi dikkatle okuyarak sizi en iyi tanımlayan cevabı seçmenizi istiyoruz.					
		Çok Yanlış ya da Sıklıkla Yanlış	Bazen ya da Biraz Yanlış	Bazen yada Biraz Doğru	Çok Doğru ya da Sıklıkla Doğru
1	İnsanlar beni umursamaz olarak tanımlarlar.				
2	Tamamen dürtüsel olarak hareket ediyordum gibi hissediyorum.				
3	Daha iyisini bilmeme rağmen hızlı kararlar almayı durduramıyorum.				
4	Çoğunlukla yaptığım hiçbir şeyin bir anlamı olmadığını hissediyorum.				
5	Başkaları beni sorumsuz olarak görür.				
6	İleriyi planlama konusunda iyi değilim.				
7	Düşüncelerim başkalarına genellikle bir anlam ifade etmez.				
8	Neredeyse her şey hakkında endişelenirim.				
9	Çoğu zaman çok küçük nedenlerden bile kolaylıkla duygusallaşırım.				
10	Hayatta yalnız kalmaktan her şeyden çok korkuyorum.				
11	İşe yaramayacağı açık olsa da bir şeyleri yapma konusunda tek bir yolda takılır kalırım.				
12	Gerçekte orada olmayan şeyler görebiliyorum.				
13	Romantik ilişkilerden kaçınırım.				
14	Arkadaş edinmek ilgimi çekmez.				
15	Hemen her şey beni çok kolay sinirlendirebilir.				
16	İnsanlara çok fazla yaklaşılmaktan hoşlanmam.				
17	Diğer insanların duygularını incitip incitmediğim çok da önemli değildir.				
18	Herhangi bir şey hakkında nadiren hevesli olurum.				
19	İlgi görmek için aşırı isteğim olur.				

20	Sık sık benden daha önemsiz/değersiz insanlarla uğraşmak zorunda kalırım.				
21	Sıklıkla bana mantıklı gelen ama başkalarının tuhaf bulduğu düşüncelerim olur.				
22	İstedığimi elde etmek için insanları kullanırım.				
23	Sıklıkla ortamdaki koparımları sonra bir anda kendime gelirim, bir sürü zamanın geçtiğini fark ederim.				
24	Etrafımdaki şeyleri sıklıkla gerçek dışı ya da olduğundan daha gerçek hissedirim.				
25	Başkalarından faydalanmak benim için kolaydır.				
Toplam/parsiyel ham puan:					
Eşit Dağıtılmış Toplam Puan (eğer 1-6 madde yanıtlanmamışsa):					
Ortalama Toplam Puan:					

